Aus der Kinderklinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H. Helge

Die medizinische Versorgung von Kindern im ersten Lebensjahr in Abhängigkeit von den sozialen Lebensverhältnissen der Familie

unter besonderer Berücksichtigung der Vorsorgeuntersuchungen nach dem 2. KVÄG

— Eine empirische Untersuchung —

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Görischk-Henke, Karla, geb. Henke
aus Grünberg

1976

Berlin 1977

Aus der Kinderklinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. H. Helge

Die medizinische Versorgung von Kindern im ersten Lebensjahr in Abhängigkeit von den sozialen Lebensverhältnissen der Familie

unter besonderer Berücksichtigung der Vorsorgeuntersuchungen
nach dem 2. KVÄG

— Eine empirische Untersuchung —

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Görischk-Henke, Karla, geb. Henke
aus Grünberg

Berlin 1977

Referent: Prof. Dr. B. Stück

Korreferent: Prof. Dr. H. Wiesener

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 16. Dezember 1976

I n h a l t s v e r z e i c h n i s Seite

Vorwort 9
Einleitung 11
Fragestellung und Hypothesen 22

A Die Stichprobe 26
1. Definition 26
2. Datenerhebung und Untersuchungsmittel 28
1. Geburt 28
2. Fragebogen 29
3. Hausbesuch 31
3. Auswertung 33
4. Soziale Lebensverhältnisse -Ergebnisse-
a) Stellung am Arbeitsplatz (Funktionsgruppe) 35
b) Andere Angaben zu den Sozialen Lebensverhältnissen 40
5. Weitere Ergebnisse
1. Erzieherverhalten der Eltern 48
2. Krankheitshäufigkeit und Entwicklung 49

B Vorsorge in der Geburtsklinik 5o
1. Ergebnisse 5o
1. Früherkennungsuntersuchungen VU 1 und VU 2 5o
2. BCG-Impfung 51
2. Diskussion der Ergebnisse 53

Exkurs: Zur Einstellung der Mütter zur Geburtsklinik 58

Seite

C Die präventive Versorgung der Kinder im ersten Lebensjahr 64

I Die Früherkennungsuntersuchungen VU 3, VU 4 und VU 5 64

1. Inanspruchnahme und Kontinuität der Inanspruchnahme von VU 3 - VU 5 65

1. Ergebnisse 65

2. Diskussion der Ergebnisse 68

1. Vergleich der Ergebnisse mit anderen bisher vorliegenden Zahlen 68

2. Soziale Unterschiede 7o

2. Der untersuchende Arzt 72

1. Ergebnisse 72

2. Diskussion der Ergebnisse 75

3. Einschätzung der Früherkennungsuntersuchungen durch die Eltern 78

1.1. Einstellung der Eltern zu den Früherkennungsuntersuchungen, Ergebnisse 79

2. Qualität der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen in den Augen der Eltern, Ergebnisse 81

2. Diskussion der Ergenisse 82

1. Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen 82

2. Diskussion zur Qualität der Durchführung der VUen 86

4. Abschließende Betrachtung 9o

C II Rachitis-Prophylaxe 95

1. Ergebnisse 97
2. Diskussion der Ergebnisse 98

C III Schutzimpfungen 1oo

1. Ergebnisse 1o1
2. Diskussion der Ergebnisse 1o6

C IV Vorsorgebesuche bei Arzt bzw. Säuglingsfürsorge und Einstellung und Kritik der Eltern 112

Vorbemerkung zur Auswertung 112

1. Gesamtzahl der Vorsorgebesuche bei Arzt und Säuglingsfürsorge 115
   1. Ergebnisse 115
   2. Diskussion der Ergebnisse 117

2. Vorsorgebesuche bei niedergelassenem Arzt und Säuglingsfürsorge 12o
   1. Ergebnisse 12o
   2. Diskussion der Ergebnisse 123

3. Einstellung und Kritik der Eltern an den Institutionen Arzt und Säuglingsfürsorge 127
   1. Ergebnisse 127
      1. Einstellung der Eltern zu Arzt und Säuglingsfürsorge 127
      2. Kritik an Arzt und Säuglingsfürsorge im einzelnen 132

C IV 3. 2. Diskussion der Ergebnisse 137
1. Unterschiede der Ergebnisse für niedergelassenen Arzt und Säuglingsfürsorge 137
2. Das Arzt - Patienten - Verhältnis 139

D Verhalten der Eltern bei Gesundheit und Krankheit 146

I Vorbemerkung zur Fragestellung und Auswertung 146

II Verhalten der Eltern bei Gesundheit des Kindes 148
1.1. Die Aktivität der Eltern hinsichtlich Vorsorge, gemessen mit einem Index, Ergebnisse 148
2. Diskussion der Ergebnisse 153

2.1. Die Ernährung der Kinder, Ergebnisse 155
2. Maßnahmen der Eltern für die Gesunderhaltung des Kindes, Ergebnisse 158
3. Informationsquellen und Informationsverhalten der Eltern hinsichtlich Pflege und Erziehung ihres Kindes, Ergebnisse 162

III Verhalten der Eltern bei Krankheit des Kindes 167
1. Ergebnisse 167
1. Arztbesuche wegen Krankheit des Kindes 167
2. Erkennen von und Verhalten bei Krankheit des Kindes 176

Seite

D IV Diskussion der Ergebnisse 174

1. Das Informationsverhalten der Eltern 174
2. Gesundheits- und Krankheits begriff und das Verhalten der Eltern 177
3. Der Arzt als Informationsquelle der Eltern 184

E Diskussion zur Methodik und Aussagekraft der Untersuchung 19o

1. Methodik 19o
2. Repräsentativität 196
3. Offen gebliebene Fragestellungen 199

F Konsequenzen 2o1

1. Zusammenarbeit und Koordinierung der bestehenden Gesundheitsinstitutionen mit dem Ziel der Effektivierung der Prävention 2o1
2. Beratung und Ausbildung der Mütter in Pflege- und Erziehungsfragen, Gesundheitserziehung im besonderen 2o4
3. Verstärkung der Sozialen Prävention 2o6

G Zusammenfassung 21o

A n h a n g

1. Literaturverzeichnis 214
2. Verzeichnis der Tafeln und Tabellen 223
3. Abkürzungen 226
4. Verzeichnis der Untersuchungsinstrumente
   1. Fragebogen, mit Briefen 227
   2. Kurzfragebogen, mit Brief 247
   3. Interview 250
5. Liste der Tagungen von Kinderärzten 255

V o r w o r t

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer interdisziplinären Untersuchung zur Situation einjähriger Berliner Kinder. Sie wurde von zwei Psychologiestudenten - HEINIGER und STÖHR - und zwei Medizinstudenten - KUMMER und GÖRISCHK-HENKE - geplant und durchgeführt. Alle Untersuchungsinstrumente wurden weitgehend gemeinsam diskutiert, entworfen und ausgewählt, wobei sich vom jeweiligen Studium und persönlichen Interesse her unterschiedliche Themenschwerpunkte ergaben, aus denen die einzelnen Arbeiten schließlich entstanden. Die Auswertung der Untersuchungsergebnisse geschah unabhängig voneinander, wobei KUMMER hauptsächlich Zusammenhänge zwischen den sozialen Lebensverhältnissen und Geburtsrisiko, Schäden und Krankheitshäufigkeit der Kinder untersucht; HEINIGER beschreibt die Entwicklung der Kinder und STÖHR die sozialen Lebensverhältnisse und ihren Bezug zu Erzieherverhalten sowie Einflüsse von seiten der Erziehung auf die psychosoziale Entwicklung der Kinder. In der vorliegenden Arbeit wird die medizinische Versorgung der Kinder und ihre Beziehung zu sozialen Faktoren sowie Krankheitshäufigkeit untersucht.

Absicht der Untersuchung war es, zum ersten Mal in der BRD umfassend über die Lebensverhältnisse und die Entwicklung von Kleinkindern zu berichten und Abhängigkeiten festzustellen. Trotz der noch fehlenden abschließenden gemeinsamen Diskussion aller Arbeiten darf davon ausgegangen werden, daß dieses Ziel nur zum Teil gelungen ist, einerseits aufgrund der geringen materiellen und zeitlichen Möglichkeiten, die wir hatten, andererseits aber auch, weil das Untersuchungsvorhaben in seiner Komplexität ohnehin noch weiterer Untersuchungen bedarf. Insofern ist auch diese Arbeit eher als eine Vorstudie als ein endgültiges Ergebnis zu werten.

Für ihre Hilfe und Unterstützung bei dieser Arbeit danke ich Herrn Prof. Dr. B. Stück, Frau Dipl.-Psych. R. Richter, Herrn Prof. B. Weber, Herrn Med.-Dir. Dr. D. Scholz, für

die Hilfe bei der statistischen Auswertung Herrn Dipl.-ma
E. Dietz, den Leitern der geburtenhilflichen Abteilungen
der Berliner Krankenhäuser, die uns die Auswertung der Ge-
burtsunterlagen ermöglichten sowie vor allem den Eltern
und Kindern, ohne deren Teilnahme die Untersuchung nicht
hätte stattfinden können.

E i n l e i t u n g

"Die Hygiene ist der Teil der medizinischen Wissenschaft, der sich mit der gewohnheitsmäßigen Umgebung des Menschen befaßt und diejenigen Momente in derselben zu entdecken und zu beseitigen sucht, welche Störungen im Organismus zu veranlassen und seiner Entwicklung zu höchster Leistungsfähigkeit entgegenzuwirken imstande sind", so definiert FLÜGGE, zitiert nach BORNEFF Wesen und Aufgaben der 'Hygiene'. NITSCH schreibt, daß in den ersten Jahrzehnten der Entwicklung klinischer Pädiatrie "bei den meisten (Forschern, der Verf.) im Mittelpunkt die Beschäftigung mit Fragen von Wachstum und Entwicklung, Ernährung, Prävention und Gesundheitserziehung, Umwelteinflüssen und Erziehung (stand), bei allen spielten Infektionskrankheiten und Infektionsprophylaxe eine Rolle". (S. 43).

HELLBRÜGGE u. PECHSTEIN (1966 a) definierten schließlich den Begriff 'Soziale Pädiatrie' folgendermaßen: "Unter 'Sozialer Pädiatrie' sind ... sämtliche ärztlichen Aufgaben zu verstehen, die sich aus den Beziehungen zwischen dem Kind und der Gesellschaft ergeben. Gesellschaft muß dabei im weitesten Sinne verstanden werden. Sie schließt alle gesellschaftlichen Strukturen ein, mit denen das Kind im Verlaufe seiner Entwicklung in Berührung kommt; sie umfaßt auch die von einer bestimmten Gesellschaft geprägte Umwelt." (S. 275).

Besonders für die sich im 19. Jahrhundert entwickelnde Kinderheilkunde spielte der soziale Aspekt bei der Entstehung von Krankheit und Sterblichkeit der Kinder eine bedeutende Rolle. So wiesen z.B. PFEIFFER (1882) sowie FINKELSTEIN (1904) und HEUBNER (1912) auf die Häufung der Kindersterblichkeit gerade bei den armen und notleidenden Schichten der Bevölkerung hin. Welche Gefahren und Ursachen der schlechte Gesundheitszustand der Kinder hat, beschreibt auch ENGELS (1845) in seinem Werk 'Die Lage der arbeitenden Klasse in England' für die frühkapitalistischen Verhältnisse in England. Nachdem er Ernährungs- und Verdauungsstörungen, Skrofulose und Rachitis als typische Krankheiten der Arbeiterkinder infolge ihrer miserablen Lebensverhältnisse beschrieben hat, fährt er fort: "Wie sehr alle diese Übel durch die Wechselfälle

verschlimmert werden, denen die Arbeiter durch die Schwankungen des Handels, die Brotlosigkeit und den knappen Lohn ausgesetzt sind, brauch' ich wohl nicht erst zu sagen. Der temporäre Mangel an zureichender Nahrung, dem fast jeder Arbeiter wenigstens einmal in seinem Leben eine Zeitlang ausgesetzt wird, trägt nur dazu bei, die Folgen der schlechten, aber doch zureichenden Nahrung zu verschlimmern. Kinder, die gerade zu der Zeit, wo sie Nahrung am nötigsten hätten, nur halbsatt zu essen bekommen - und wie viele gibt es deren während jeder Krisis, ja noch in den besten Perioden des Verkehrs - solche Kinder müssen notwendig schwach, skrofulös und rachitisch in hohem Grade werden. Und daß sie' s werden, zeigt der Augenschein. Die Vernachlässigung, zu der die große Masse der Arbeiterkinder verurteilt wird, hinterläßt Spuren und hat die Schwächung der ganzen arbeitenden Generation zur Folge." (S.330-331).

Auch in Deutschland war eine echte Gefahr für den Bevölkerungsstand vor allem an Nachwuchs für Heer und Wirtschaft entstanden, einerseits durch die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit und den Raubbau an der Gesundheit durch die überlangen Arbeitszeiten, andererseits auch durch vorzeitige Invalidität und Tod im Deutsch-Französischen Krieg. Ähnliches schrieb auch BÓKAY (1922) über die Entwicklung der Säuglingsfürsorge in Frankreich. Daher war es eine folgerichtige Entwicklung, daß sich langsam die Einsicht verbreitete, daß Tod und Krankheit nicht eine 'Natürliche Auslese' sind, sondern vom Menschen beeinflußbare Größen. Es wurden Mittel und Wege gefunden, zur Senkung der Kindersterblichkeit: Die Präventivmedizin entstand.

Die erste präventiv-medizinische Maßnahme ergriff der Franzose Budin, der 1892 an seiner Frauenklinik Sprechstunden einrichtete, in denen sich die entbundenen Mütter mit ihren Kindern bis zum Ende des 2. Lebensjahres über Pflege der Kinder, deren natürliche Ernährung regelmäßig beraten lassen konnten und notfalls auch mit geeigneter Milch für ihre Kinder versorgt wurden (HEUBNER 1912). Ähnlich verlief auch die Entwicklung in Deutschland. Unabhängig von der französischen Initiative entwickelten sich auf Betreiben von Ärzten wie Taube, Neumann und

Oppenheimer ähnliche Einrichtungen, die Säuglingsfürsorgestellen. Diese konnten kostenlos von allen Kindern in Anspruch genommen werden. Das war ein wesentlicher Fortschritt, wurde doch in früherer Zeit der Arztbesuch durch die Arztkosten verhindert, die gerade die Armen nicht aufbringen konnten. Die staatliche Armenpflege und der Armenarzt konnten bis dahin nur verbunden mit einer gesellschaftlichen Deklassierung (Verlust des Wahlrechts) in Anspruch genommen werden, was viele scheuten (TUGENDREICH 1919). Durch die Säuglingsfürsorgestellen konnte in sehr kurzer Zeit die Zahl der an Pflege- und Ernährungsfehlern versterbenden Kinder erheblich gesenkt werden, entfiel doch auf Magen- und Darmkrankheiten etwa ein Drittel der Kindersterblichkeit.

Parallel zu der Einrichtung der Säuglingsfürsorgen nahm seit der Erfindung und Entwicklung des Mikroskops die mikrobiologische Forschung großen Aufschwung. Mikroorganismen wurden als krankheitszeugende Lebewesen entdeckt und als Erreger der verschiedenen gefürchteten Krankheiten, die alljährlich zahllose Kinder hinrafften, isoliert und identifiziert. Damit wurde es möglich, hygienische Maßnahmen zur Verhinderung von Verbreitung und Ausbreitung der Krankheiten (z.B. durch Isolierung kranker Kinder, Desinfektion) zu treffen. Durch die Entwicklung von Seren und Impfstoffen, durch die Kultur apathogener Keime konnte die Schwere der Krankheiten bzw. sogar ihr Ausbruch selbst verhindert werden. Durch die Einführung von Reihenimpfungen konnte in den nächsten Jahren die Kindersterblichkeit weiter gesenkt werden. (Vgl. dazu auch KARGER - DECKER, 1968).

Der dritte präventive Zweig betraf die Rachitis, die in hohem Maße zur Verkrüppelung und Invalidisierung der Kinder führte, bevor sie überhaupt ins Erwachsenenalter

eintraten. HELLBRÜGGE u. PECHSTEIN (1966 a) zitieren verschiedene Autoren, die über die Häufigkeit des Vorkommens der Rachitis berichten.

Fast übereinstimmend wird angegeben, daß 7o bis 9o % der Kinder an Richitis litten. Sie berichteten weiter, "daß es im 19. Jahrhundert überall in Europa eigene Heilanstalten gab, in denen schwer rachitische Kinder über Jahre dahinsiechend asyliert waren, z.B. die Landesanstalt für krüppelhafte Kinder in München (seit 1832), die A.H. Wernerschen Kinderheilanstalten in Ludwigsburg (seit 184o) oder das Londoner Hospital für Gelenk- und speziell hüftgelenkskranke Kinder (seit 1867) ..... Im Haunerschen Kinderspital in München belegten noch um die Jahrhundertwende die rachitischen und siechen Kinder die meisten Betten. So litten nach den Berichten des Haunerschen Kinderspitals in München aus dem Jahre 1896 etwa 8o % der Insassen an einer schweren Rachitis."

Seit der Entdeckung des Vitamin D und seiner Wirkungsweise und durch die Einführung der Rachitisprophylaxe ist die Rachitis in ihren schweren Stadien nahezu unbekannt und auch leichtere Fälle sind verhältnismäßig selten geworden.

Als - vorläufig letztes - ging man daran, auch andere Krankheiten wie Stoffwechselstörungen und Sauerstoffmangelschäden bei der Geburt usw., die eine normale Entwicklung des Kindes verhindern, in den Katalog präventiver Maßnahmen aufzunehmen. Mit der Entwicklung von einfachen Tests und Untersuchungsmethoden konnten Screening-Untersuchungen eingeführt werden, die für die betroffenen Kinder die schwersten Schäden verhüten können oder zumindest durch Frühbehandlung die Schwere der Schäden herabsetzen helfen. Ähnliche Untersuchungen wurden 1971 nach dem 2. Krankenversicherungsänderungsgesetz (KVÄG) in der BRD eingeführt und gehören nun zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Bei diesem kurzen Rückblick in die Geschichte der

Präventivmedizin darf bei allen ihren Erfolgen aber nicht übersehen werden, daß sie selbst und ihr wichtigster Aspekt - die soziale Bedingtheit von Krankheit, Tod und schlechteren Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder - durch die stürmische Entwicklung der klinischen Medizin und ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis in den Hintergrund gedrängt und weitgehend in Vergessenheit geraten war. Die in den Krankenhäusern ausgebildeten Ärzte - geschult in klinischem Denken und Handeln, begeistert und fortschrittsgläubig durch die wunderbaren Erfolge der klinischen Forschung - vergaßen die Bedeutung der Prävention und ihre Erfolge. Schließlich verloren sie jegliches Interesse an ihr und lehnten in den 2oiger Jahren von sich aus die Beteiligung an der Präventivmedizin ab. Gleichzeitig forderten sie für sich das ausschließliche Recht auf Therapie, um die Konkurrenz der Säuglingsfürsorgen auszuschalten (FAERBER). Prävention und Therapie wurden endgültig getrennt durch das 'Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens' 1934, in dem den Säuglingsfürsorgen das Recht zu behandeln genommen und sie ausschließlich auf präventive Maßnahmen beschränkt wurden (NEUMANN).

Wie FAERBER ausführt, führten auch handfeste materielle Interessen der niedergelassenen Ärzte zu ihrer Ablehnung präventiver Maßnahmen, da die Leistungen der klinischen Medizin höher dotiert wurden als präventive Maßnahmen.

In den letzten Jahren ist der umgekehrte Trend eingetreten: heute kämpfen die Ärztevertreter für eine Beteiligung an der präventiven Medizin - möglichst unter Ausschluß der Konkurrenz 'Säuglingsfürsorge' - und wieder nicht ohne Eigennutz. In Zeiten sinkender Geburtenraten werden die Patientenzahlen für den einzelnen Kinderarzt kleiner (REUE) und die Einkünfte

sinken. Es sei aber auch darauf hingewiesen, daß bei einem Teil der niedergelassenen Ärzte auch die Bedeutung des einzelnen Kindes und die Sorge um sein Wohl im Vordergrund des Interesses steht (Vgl. SPRANGER).
Es muß aber auch berücksichtigt werden, daß die Kosten für Diagnostik und Therapie derartig gestiegen sind, daß sie volkswirtschaftlich kaum noch zu verkraften sind, so daß zwangsläufig verstärkt an die Prävention gedacht werden muß. Wenn vom Gesetzgeber geplante neue Präventivmaßnahmen wie die Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen wieder in die Kompetenz der Säuglingsfürsorgen fallen würden, müßten sich langfristig die Einkommen der niedergelassenen Ärzte verringern. Daher bestrebten vor allem die Standesvertreter, die Säuglingsfürsorgen von diesen Maßnahmen auszuschließen, und hatten auch Erfolg. Die 1971 eingeführten Untersuchungen wurden ihnen übertragen und die Beteiligung der Säuglingsfürsorgen dadurch besonders erschwert, daß der dort tätige Arzt einen an seine Person gebundenen Antrag auf Zulassung zu diesen Untersuchungen stellen muß. Bei seinem Ausscheiden scheidet auch die Säuglingsfürsorge bei den Untersuchungen aus.

Die Notwendigkeit von präventiven Untersuchungen zeigen die sehr ähnlichen Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen von 4- bzw. 6-jährigen Kindern (z.B. JANTZEN 1964, HEYM 1969, STÜRZBECHER 1967, SIEBERT et al. 1971, SCHOLZ 1972). Exemplarisch sei hier die Berliner 4-jährigen Untersuchung (STÜRZBECHER 1967) geschildert, bei der 12 099 Kinder untersucht wurden, das sind 51,2 % der Ende 1966 in Berlin (West) lebenden 4-jährigen. Bei der Auswertung wurden folgende Störungen festgestellt, die leider aber nicht unbedingt repräsentativ sind, da eine Objektivierung der Auffälligkeiten und Störungen nicht stattfand:

Es fand sich bei

6,6 % eine deutlich verzögerte körperliche Entwicklung
8,o % eine merklich verzögerte geistige Entwicklung
9,3 % behandlungsbedürftige Sprachstörungen
1,6 % Schwerhörigkeit
7,4 % Strabismus
2,o % chronisches Ekzem
11,3 % behandlungsbedürftige Tonsillenveränderungen
1o,8 % Adenoide
1,5 % Herzfehler
26,o % Veränderungen des Bewegungs- und Stützsystems
28,6 % Verhaltensstörungen nach Angaben der begleitenden Erwachsenen
3,6 % Erziehungsschwierigkeiten

Die Zahl der Verhaltensstörungen ist nach SCHOLZ (1972) deshalb so groß, weil auch die leichtesten Verhaltensstörungen, die die Eltern berichteten, gewertet wurden. Es wurde auch untersucht, welcher Teil der festgestellten Leiden bereits behandelt wurden. Bei allen Störungen und Leiden mit Ausnahme des Strabismus lagen die Zahlen für die unbehandelten Störungen über den bereits behandelten.

Als Resultat der Untersuchung ergab sich, daß 11 % der Kinder körperlich und 8 % geistig nicht normal entwickelt waren. Das heißt aber nicht, daß die 'normalen' Kinder keine Auffälligkeiten hatten, denn STÜRZBECHER schließt mit der Feststellung, daß "(sich) bei nur wenigen Kindern überhaupt keine Auffälligkeiten (fanden)" (S. 8).

Wie wichtig derartige Vorsorgeuntersuchungen schon in viel früherem Kindesalter sind, geht auch daraus hervor, daß ein Teil der festgestellten behandlungsbedürf-

tigen Leiden wie z.B. aus Strabismus entstehende Amblyopie oder Sehstörungen aufgrund von Schwerhörigkeit (SCHMITT) schon bei 4-jährigen nicht mehr voll zu kompensieren sind durch gezielte Förderung *).

Während die Hauptgefahr früher in Ernährungsstörungen, Vitaminmangelkrankheiten und Infektionskrankheiten bestand, liegt sie heute einerseits in der nach dem heutigen Forschungsstand der Perinatalmedizin und Pädiatrie erhöhten Zahl von Risikofaktoren, andererseits aber vor allem in den komplizierten Umwelt- und Sozialisationsbedingungen.

*) wie sehr auf die Einleitung einer gerichteten Therapie gedrungen werden muß, zeigen die Erfahrungen von STEUER. Er berichtet, daß nur 3o % der Eltern, bei deren Kindern durch Sehprüfungen einseitige und doppelseitige Sehstörungen festgestellt wurden, der Aufforderung zu einer fachärztlichen Überprüfung folgten. Der Prozentsatz konnte auf 7o erhöht werden durch nachgehende Fürsorge und wiederholte Aufforderungen. Daher müssen Möglichkeiten gefunden und eingeführt werden, den Eltern nicht nur die Wichtigkeit von Prävention verständlich zu machen, sondern sie auch von der Notwendigkeit der Therapie mit der größtmöglichen Konsequenz in der Durchführung zu überzeugen. Auch die Kontrolle, ob die Therapie durchgeführt wird, sollte gegeben sein.

Die Sozialisationsbedingungen *) eines Kindes, also die Art und Weise in der ein Kind 'gesellschaftsfähig' gemacht wird, hängen in erster Linie von den sozioökonomischen Verhältnissen der Familie ab, in die es hineingeboren wird und allmählich hineinwächst. Die soziale Lage einer Familie ist direkt abhängig von der Stellung des Hauptverdieners - im allgemeinen des Vaters - im Arbeitsprozeß. Sie ist geprägt durch die unmittelbaren Arbeitsplatzbedingungen und durch die Ausbildung, die für diese Arbeit notwendig ist. Danach bestimmt sich das Einkommen der Familie, das die Basis für das Leben gibt. Dazu gehören vor allem die Wohnverhältnisse, Ernährung, Freizeit-, Bildungs-, Erzieher- und Gesundheitsverhalten. Alle diese Umstände wirken als Sozialisierungsfaktoren in mehr oder weniger starkem Maße auf das Kind ein, das zunächst nur unbewußt 'passiv' auf diese Einflüsse reagieren kann.

-2o-

*) PRESSEL definiert 'Sozialisation' als die "Versuche einiger Wissenschaften, Voraussetzungen und Verlauf jenes Prozesses zu klären, während dessen der nur mit rudimentären Instinkten geborene Mensch allmählich die Verhaltenssicherheit eines Erwachsenen erwirbt und dabei psychisch wie sozial die Fähigkeiten gewinnt, als Individuum zum arbeitsteiligen Reproduktionsprozeß der Gesellschaft beizutragen" (S. 112). HUCH geht grundsätzlich von demselben Ansatz aus und beschreibt die Rolle der Familie, Vater, Mutter, Verwandten, älteren Geschwistern, aber auch von Gleichaltrigen und gesellschaftlichen Institutionen: "Sie alle wirken, mehr unbewußt als bewußt, darauf hin, daß das Kind die Normen, Wertungen und Verhaltensweisen der sozialen Gruppe übernimmt, in der es aufwächst, daß es insofern 'sozial' wird. Zur Bezeichnung dieses 'Sozialwerdens' hat sich allgemein der Begriff SOZIALISATION eingebürgert."
(S. 16, vergl. S. 9-21)

Wie diese Einflüsse wirken und welche am wichtigsten sind, darüber gibt es verschiedene Theorien, die hier nicht erörtert werden können. GOTTSCHALCH et al. beschreiben verschiedene Ansätze der Sozialisationsforschung in dem gleichnamigen Buch.

RICHTER nennt diese Reaktionsweise des noch nicht sprechenden Kindes 'Symptomsprache', und führt als Beispiele Angst, Trotz, Eßschwierigkeiten, Verstopfung, Schlafstörungen, Einnässen, ja sogar Hautausschlag und Fieber an. Das Kind reagiert also auf negative Einflüsse, solange es nur beschränkt verbal argumentieren kann, mit körperlichen Symptomen, Krankheit, Verhaltensstörungen, Entwicklungsverzögerung.

Die Veränderung der Gefahrenmomente für die kindliche Entwicklung ist der Pädiatrie zur Zeit noch nicht voll bewußt geworden. So stellt DOXIADES (1970) fest, daß die moderne Pädiatrie es versäumt habe, die Problematik zeitgemäß fortzuführen und weiterzuentwickeln, die in den Entwicklungsjahren der Pädiatrie zu großen Erfolgen geführt hatte. Als aktuelle Probleme, die heute im Vordergrund kinderärztlichen Interesses stehen müßten, nennt er soziale und Erziehungsprobleme und die Sorge um die psychisch-geistige Gesundheit. Diese Probleme seien auf den bedeutendsten pädiatrischen Kongressen der Jahre 1965 bis 1969, die er analysiert hat, in den Vorträgen deutlich unterrepräsentiert. NITSCH schließt sich dieser Meinung an, wenn er schreibt, daß in den pädiatrischen Polikliniken "die wissenschaftlichen Bemühungen (sich)auf Fragen der sozialen Pädiatrie, der Prävention, der Erforschung von Umwelteinflüssen, auf soziologische Fragen und Fragen der psychischen Gesundheit konzentrieren" sollten (S.45).

Wenn primäre Prävention (CAPLAN u. GRUNEBAUM) Verhinderung der Entstehung von Krankheit und Erhaltung und Gewährleistung von Gesundheit heißt, so ist es notwendig, die Begriffe 'Gesundheit' und'Krankheit' kurz anzureißen. Wird 'Gesundheit' für den Erwachsenen meist im Hinblick auf bestimmte Leistungen des Individuums definiert - seine Arbeitsfähigkeit, seine Anpassung an und Einfügung in die Gesellschaft mit ihren spezifischen Rollen und Normen - und 'Krankheit' gewöhnlich als das Gegenteil von 'Gesundheit', so kann das nicht im gleichen Maße für das Kind gelten, da es noch nicht bewußter Teil einer Gesellschaft ist und erst noch den Prozeß der Sozialisation durchlaufen soll. Deshalb ist 'Gesundheit' für das Kind nur möglich, wenn ihm durch die Gesellschaft und als abhängigem Teil dieser Gesellschaft durch seine Familie die Möglichkeiten garantiert werden, die zu seiner optimalen Entfaltung und Entwicklung notwendig sind. Gesundheit kann nicht nur heißen, daß ein Kind während Schwangerschaft, Geburt und Aufzucht nachweisbare Dauerschäden oder akute Krankheiten hat. Vielmehr muß Gesundheit heißen, daß sich ein Kind seinen Anlagen, Bedürfnissen und Fähigkeiten entsprechend so entwickeln kann, daß aus ihm ein in sozialer, psychischer und körperlicher Hinsicht gesunder Erwachsener werden kann.

Einen wichtigen Beitrag dazu kann die Präventivmedizin leisten.

Fragestellung und Hypothesen

Präventivmedizin muß im Interesse der Gesundheit des Kindes als dem zukünftigen Erwachsenen primär, sekundär und tertiär sein und kann nur dann einen großen Beitrag leisten, wenn sie alle Kinder erreicht.

In dieser Arbeit wird das Schwergewicht auf folgende Aspekte der primären und sekundären Prävention gelegt:

- die Früherkennungsuntersuchungen VU 1 - VU 5
- die empfohlenen Impfungen: BCG, DPT-Polio
- Rachitis-Prophylaxe
- zusätzliche Arztbesuche und Beratungen ohne Krankheit des Kindes sowie Arztbesuche wegen Krankheit.

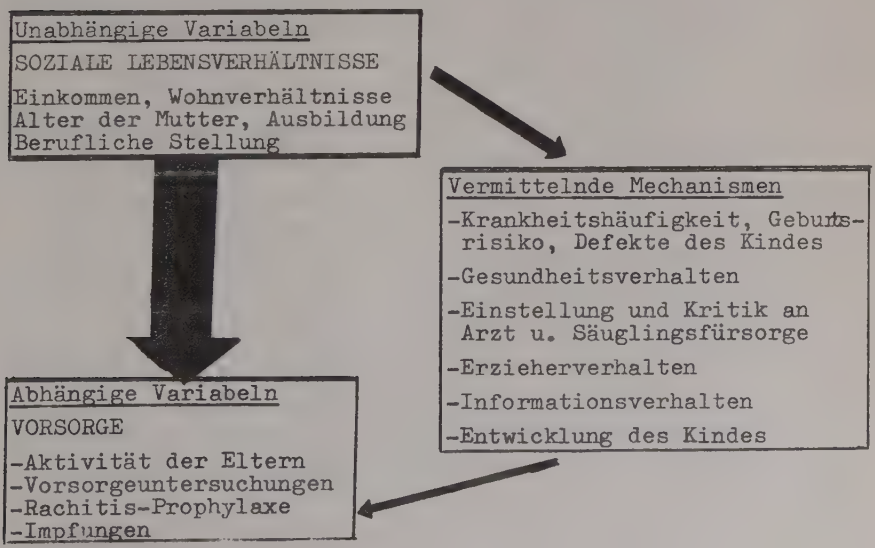
Es sollen die Verbreitung dieser Präventivmaßnahmen untersucht und Unterschiede ihrer Inanspruchnahme aufgezeigt werden.

Haupthypothese ist, daß die sozialen Lebensverhältnisse einer Familie die Inanspruchnahme entscheidend bestimmen. Nachgewiesen werden soll, daß im Vergleich zu Kindern aus günstigen sozialen Verhältnissen Kinder aus ungünstigeren Verhältnissen weniger zuverlässig, weniger kontinuierlich präventiv-medizinisch betreut werden. Die soziale Beschaffenheit von Lebensverhältnissen wird anhand der Variabeln 'Stellung des Hauptverdieners an seinem Arbeitsplatz', 'Einkommen', 'Alter' und 'Ausbildung' der Mutter bestimmt.

Hauptsächlich wirken diese sozialen Lebensverhält-

nisse direkt auf das Vorsorgeverhalten von Eltern, jedoch gibt es eine Reihe verschiedener Mechanismen, die sich zusätzlich mehr oder weniger stark auswirken. Auch sie hängen mit der sozialen Lage einer Familie zusammen, sind aber nicht so konkret zu erfassen. Damit sind Einflußgrößen gemeint wie Geburtsrisiko und nachweisbare Schädigungen sowie Krankheitshäufigkeit des Kindes (KUMMER); die psychosoziale Entwicklung eines Kindes (HEINIGER) und das Erzieherverhalten der Eltern (STÖHR) können ebenso das Vorsorgeverhalten beeinflussen. Inwieweit auch das Gesundheitsverhalten der Eltern, die Einstellung zu und Kritik an den medizinischen Institutionen sowie das Informationsverhalten sich auf das Vorsorgeverhalten auswirken, soll unter dem Aspekt 'Vermittelnde Mechanismen' kontrolliert werden. Tafel 1 verdeutlicht die untersuchten Beziehungen; die Pfeile geben die Richtung der Einflußgrößen an, sind jedoch auch umkehrbar.

Tafel 1: U n t e r s u c h t e B e z i e h u n g e n



Für die Auswertung konnten jedoch die aufgeführten Präventivmaßnahmen nicht gleich behandelt werden, da sie in unterschiedlichem Maße die Eltern belasten. Daher werden die BCG-Impfung und die Früherkennungsuntersuchungen VU 1 und VU 2, die schon in der Geburtsklinik durchgeführt werden, gesondert beschrieben und die Ergebnisse diskutiert. Im Gegensatz zu allen anderen Vorsorgemaßnahmen erfordern diese, da sie schon in der Geburtsklinik durchgeführt werden, keine spezielle Aktivität der Eltern, sie sind weder zeitlich noch finanziell eine besondere Belastung. Insofern ist auch zu erwarten, daß sich bei diesen Vorsorgemaßnahmen keine sozialen Unterschiede zeigen.

Nicht untersucht werden konnte in diesem Rahmen der Einfluß der allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen, die über allen untersuchten Beziehungen stehen und sie von allen Seiten beeinflussen. Mit diesen allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen sind die Verhältnisse der hochindustrialisierten, spätkapitalistischen BRD gemeint; sie bestimmen im ganzen die Lebensverhältnisse ihrer Mitglieder. Das sind die Möglichkeiten, die diese Gesellschaft ihren Mitgliedern zur Verfügung stellt oder vorenthält, die Art und Weise, wie die Produktions- und Reproduktionsverhältnisse geartet sind. Auf die Kinder bezogen sind das die Lebensbedingungen der Familie (Wohnung, Einkommen, Berufstätigkeit der Eltern u.a.m.) die wir mit untersucht haben, die Erholungsmöglichkeiten für die Familien bzw. Freizeitspielmöglichkeiten der Kinder (Spielplätze, Grünanlagen, Parks, Schwimmbäder u.a.m.) sowie die Einrichtungen auf mehr pädagogischem Gebiet wie z.B. Krippen, Kindertagesstätten, Schulen) und auf mehr medizinischem Gebiet z.B. Präventivmaßnahmen, Säuglingsfürsorge, Kinderärzte, Kinderkranken-

kenhäuser, Elternberatung. Diese gesellschaftlichen Verhältnisse und Bedingungen - Sozialisationsfaktoren, Institutionen der Aufzucht, Pflege, Rehabilitation und Beratung - sind von nicht zu unterschätzender Relevanz für diese Untersuchung und müssen im Hintergrund mitbedacht werden. Ihre intensive Einbeziehung und Berücksichtigung jedoch, d.h. die umfassende Verarbeitung materialistischer, ideologiekritischer, sozialistischer und philosophischer Faktoren und Reflexionen, muß späteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

A DIE STICHPROBE

1. Definition

Zur Zielgruppe gehörten

> alle deutschen Knaben, die im Zeitraum von 3 Monaten (vom 25.4. - 24.7. 1972) als Kind einer erstgebärenden Frau in einer geburtshilflichen Abteilung eines Berliner Krankenhauses geboren waren. Ausgeschlossen waren Mehrlinge, perinatal oder später verstorbene Kinder sowie zur Adoption freigegebene Kinder.

Durch die Definition der Stichprobe sollten folgende Einflüsse ausgeschlossen werden:

- -Geschlechtsunterschiede in der Morbidität, der Entwicklung sowie der Einstellung der Eltern zum Kind, die von vielen Untersuchern beschrieben werden
- -Kinderzahl der Familie, die entscheidend die sozialen Lebensverhältnisse, das Infektionsrisiko sowie die physische und emotionale Belastung der Eltern bestimmt
- -Geburtenzahl der Mutter und daraus folgendes Geburtsrisiko des Kindes
- -die besonderen Geburtsrisiken, Größenverhältnisse, Infektionsmöglichkeiten, Entwicklungschancen, psychischen Gegebenheiten von Zwillingen, die darüber hinaus eine außergewöhnlich beanspruchte Mutter haben
- -die besonderen Probleme von Ausländern und die Verständigungsschwierigkeiten mit den Eltern
- -Hausgeburten wegen des im Verhältnis zur Anzahl der in Frage kommenden Kinder unangemessen großen Aufwandes, sich die Adressen der freipraktizierenden Hebammen zu verschaffen.

In einigen Fällen erwies es sich als problematisch, Kinder als deutsch zu definieren. Deutsche sollten diejenigen Kinder sein, wenn beide Eltern Deutsche waren. In den benutzten medizinischen Geburtsunterlagen fehlten häufig die Angaben zur Nationalität der Mutter; die Angaben zum Vater fehlten fast stets. So richteten wir uns nach den Namen und Vornamen sowie dem Geburtsort der

Eltern. Im Zweifelsfall wurden die Kinder nicht zur Stichprobe gezählt. Dennoch befinden sich etwa 2o Kinder in der Stichprobe, von denen ein Elternteil Ausländer ist. Nach den uns zur Verfügung stehenden Unterlagen (Fragebogenantworten, persönlicher Eindruck beim Hausbesuch) ist mindestens ein Elternteil Deutscher und die Umgangssprache schien deutsch, so daß wir uns entschlossen, diese Kinder in der Stichprobe zu behalten.

Die Definition der Stichprobe bedingt eine Nivellierung der sozialen Lebensverhältnisse. Es wurde z.B. der Personenkreis ausgeschlossen, bei dem am ehesten mit ungünstigen Wohn- und Einkommensverhältnissen zu rechnen ist: Kinderreiche Familien und Ausländer; auch der Verzicht auf Hausgeburten und zur Adoption freigegebene Kinder bedeutet in der Regel Ausschluß unterer sozialer Schichten.

Zur Stichprobe gehören 885 *) einjährige Knaben, die in 18 von 19 Berliner geburtshilflichen Abteilungen geboren wurden. Das sind etwa 4,6 % aller 1972 geborenen Kinder in Berlin **). Allerdings schwanken die offiziellen Angaben: Das Statistische Jahrbuch 1973 gibt 1883o Lebendgeborene an, die Aufstellung des Senators für Gesundheit und Umweltschutz nur 18614. Vergleichs-

*) An sich hätten etwa 35 Kinder mehr zur Stichprobe gehört, aber etwa 8 - 1o Kinder waren in einem konfessionellen Krankenhaus im Bezirk Zehlendorf geboren, das nicht zur Mitarbeit bereit war. Etwa 2o Kinder konnten wegen fehlender Geburtsunterlagen nicht in die Zielgruppe aufgenommen werden oder hatten offensichtlich keinen Wohnsitz in Berlin. Eine Klinik bat die Eltern um schriftliche Zustimmung zur Herausgabe der Adresse und Geburtsunterlagen, wobei die Eltern von 5 Kindern nicht antworteten.

**) Angaben nach dem Statistischen Jahrbuch Berlin 1973

zahlen über die Anzahl aller erstgeborenen deutschen Knaben standen uns nicht zur Verfügung. Nach der Wohnortstatistik *) waren 1972 insgesamt 14 387 Kinder geboren, deren Eltern beide deutsch waren. Wenn man annimmt, daß etwa 51 % von ihnen Knaben waren, wie bei der Gesamtzahl aller Lebendgeborenen, so ergibt sich, daß etwa 12 % aller deutschen Knaben des Geburtsjahrganges 1972 in Berlin zu unserer Stichprobe rechneten. An die Eltern dieser 12 % der Berliner Knaben deutscher Herkunft wurden Fragebögen verschickt.

2. Datenerhebung und Untersuchungsmittel

2.1. Geburt

In den 18 Geburtskliniken ermittelten wir die 885 zur Stichprobe gehörenden Kinder und werteten im allgemeinen sofort die Geburten aus. Bei 17 Kindern war das nicht möglich: 2 Kliniken erlaubten die Auswertung der Geburtsunterlagen erst bei Vorlage der Einverständniserklärung der Eltern; 15 Eltern der dort geborenen Kinder schickten den Fragebogen nicht zurück. 2 Krankengeschichten waren unauffindbar von Kindern, zu denen uns ein beantworteter Fragebogen vorlag. Die Auswertung der Geburtsunterlagen wurde von KUMMER und GÖRISCHK-HENKE vorgenommen. Eine ausführliche Darstellung der Auswertung der Geburtsunterlagen findet sich in der Arbeit von KUMMER.
Die Zielgruppe war die Population, an die der Fragebogen versendet werden sollte. Von den 885 Versuchspersonen wurden jedoch nur 862 versendet bzw. als versendet betrachtet:
In 9 Fällen mit vorhandenen medizinischen Unterlagen fehlte bis zum Versandtermin die Adresse. Eine Mutter

*) M. STÜRZBECHER, beim Senator für Gesundheit und Umweltschutz, Persönliche Mitteilung

mit einem inoperablen Tumor wurde nicht angeschrieben, da nicht damit zu rechnen war, daß sie zum Untersuchungstermin noch lebte. Als nicht versendet wurden die Fragebögen von 5 Kindern betrachtet, deren Eltern uns mitteilten, daß das Kind zur Adoption freigegeben war, sowie von 8 verstorbenen Kindern, deren Eltern uns den Tod des Kindes mitteilten. In den meisten Fällen war der Fragebogen ohnehin nicht ausgefüllt worden.

2.2. F r a g e b o g e n

Das Hauptuntersuchungsinstrument dieser Arbeit war ein recht ausführlicher Fragebogen (s. Anhang), der Fragen zu medizinischer Prävention, bisheriger Krankheit des Kindes, ärztlicher Betreuung, bisheriger Entwicklung des Kindes sowie zu den sozialen Lebensverhältnissen der Familie enthielt.
Der Fragebogen wurde wochenweise versendet. Die Eltern wurden gebeten, den Fragebogen innerhalb einer Woche beantwortet zurückzusenden, damit die Angaben zur Häufigkeit von Krankheit und zur Entwicklung der Kinder vergleichbar sind. Bei sofortiger Rücksendung wären die Kinder bei Beantwortung des Fragebogens durch die Eltern 1 Jahr minus 19 Tage (mit einer Streuung von 7 Tagen) alt gewesen.

Wir erhielten 495 verwertbare Fragebögen zurück, das entspricht etwa 57 % aller 862 versendeten Fragebögen. 59 Familien waren nach Westdeutschland oder mit unbekanntem Aufenthalt verzogen. 3o8 Familien erhielten den Fragebogen, sandten ihn aber nicht zurück. Unter den postalisch erreichten Familien beträgt die Rücksendequote 61,5 %. Angesichts der Länge des Fragebogens und der Intimität der Fragen zur Berufssituation und zum Einkommen und angesichts dessen, daß er von den Eltern am Ende unterschrieben werden sollte, halten wir das Ergebnis für recht hoch.

Die 495 Kinder entsprechen 2,6 % aller Berliner Lebendgeborenen des Jahres 1972 oder 6,7 % der deutschen Knaben, die 1972 in Berlin geboren wurden.

Das Alter der Kinder beim Ausfüllen des Fragebogens*) durch die Eltern reichte von 1 Jahr minus 18 Tage bis zu 1 Jahr plus 81 Tage**), mit einem Median von 1 Jahr minus 9 Tage bei einer Standardabweichung von 4,5.

Aus den zwar unvollständigen Berufsbezeichnungen der Mütter in den Geburtskliniken läßt sich ablesen, daß besonders die unteren Berufsgruppen den Fragebogen seltener zurücksandten. Auch ledige und jüngere Mütter sandten den Fragebogen seltener zurück***).

*)Als Alter des Kindes beim Ausfüllen sahen wir den Tag vor dem Eintreffen des Fragebogens in der Universitätskinderklinik an, da Briefe in Berlin gewöhnlich einen Tag benötigen. Bei manchen Briefen war der Absendetag ersichtlich, weil sie abgestempelt waren, was bei maschinell frankierten Briefen sonst nicht geschieht. Manche Eltern hatten genau angegeben, wann sie die Fragen zu bisherigen Krankheiten und zur Entwicklung des Kindes beantwortet hatten. Dieses Datum betrachteten wir dann als "Alter des Kindes beim Ausfüllen".

**)Dieses hohe Alter ergab sich, weil ein Teil der Fragebögen ein 2. Mal versendet und die Kinder aus einer Geburtsklinik, die in der ersten Untersuchungswoche geboren waren, erst mit Verspätung angeschrieben werden konnten. Es handelt sich jedoch nur um wenige Kinder, was sich an dem nur geringfügig verschobenen Median von 1 Jahr minus 8 Tage bei Herausnahme dieser Kinder erkennen läßt.

***)Vergl. auch die Arbeiten von KUMMER sowie STÖHR.

Nach Abschluß der eigentlichen Untersuchung wurde ein völlig anonymer Kurzfragebogen (s. Anhang) an die 308 Eltern versendet, die den Fragebogen bei zutreffender Adresse nicht beantwortet hatten. Er wurde von 89 Eltern beantwortet; die Ergebnisse stellt STÖHR dar. Es scheint, daß der Kurzfragebogen vor allem von Eltern mit einer abgeschlossenen Lehre oder einer ähnlichen Ausbildung beantwortet wurde, während die untersten Berufsgruppen wiederum unterrepräsentiert sind. Dadurch konnte der Kurzfragebogen keine ausreichende Antwort auf unsere Überlegungen geben, aus welchen Gründen der Fragebogen nicht beantwortet wurde und wie die Berufsverteilung dieser Familien ist.

2.3. H a u s b e s u c h

Von den 495 Kindern, deren Eltern den Fragebogen beantwortet hatten, wurden 153 zu Hause aufgesucht. Das geschah ebenfalls wochenweise; das Alter der Kinder war zwischen 1 Jahr plus 2 Tage und 1 Jahr plus 14 Tage, das Durchschnittsalter war 1 Jahr plus 7 Tage bei einer Standardabweichung von 2,3 Tagen. Jeweils ein Medizinstudent und ein Psychologiestudent bildeten eine Untersuchungsgruppe, die Besetzung der Gruppe wurde während der Untersuchungsperiode geändert, um Untersuchereinflüsse zu vermeiden, die sich aus der ständigen Zusammenarbeit derselben Partner hätte ergeben können.

Nach einer kurzen Vorstellung begann in der Regel der Medizinstudent mit dem Interview (s. Anhang) der Eltern, meistens der Mutter. Der Psychologiestudent nahm inzwischen Kontakt mit dem Kind auf und begann allmählich, die Entwicklungsfunktionen des Kindes

zu testen. Nach etwa 2o Minuten war meist das Interview beendet und Interviewer und Eltern konnten dem weiteren Verlauf der Testung folgen. Nach ihrem Abschluß wurde das Kind von dem Medizinstudenten orientierend auf seinen Gesundheitszustand untersucht; es wurden auch einige Messungen vorgenommen (Länge, Gewicht und Hautfettfaltendicke der Kinder). Die Darstellung der Ergebnisse der körperlichen Untersuchung findet sich in der Arbeit von KUMMER.

Zur Testung der kindlichen Entwicklung wurde die "Funktionelle Entwicklungsdiagnostik" aus dem Münchener Kinderzentrum benutzt in der uns Anfang Mai 1973 zugänglichen Fassung: Die (eigentlich getrennten) Tests für das erste und das zweite Lebensjahr wurden als ein fortlaufender Test betrachtet.

Der Test umfaßt folgende Bereiche:

- Krabbelalter
- Sitzalter
- Laufalter
- Greifalter
- Perzeptionsalter
- Sprechalter
- Sprachverständnisalter
- Sozialalter

Weitere Informationen sind der Diplomarbeit von HEINIGER u. STÖHR sowie der Dissertation von KUMMER zu entnehmen.

Das Interview enthält Fragen zum Erzieherverhalten, zur Ernährung des Kindes, zum Gesundheitsverhalten der Eltern für das Kind und zur Einstellung der Eltern zu bestimmten Institutionen des Gesundheits-

wesens, Die Ergebnisse zum Erzieherverhalten werden in der Arbeit von STÖHR dargestellt und hier nur soweit berücksichtigt, als sich Beziehung zum Gesundheitsverhalten der Kinder andeuten.

3. A u s w e r t u n g

Die ermittelten Daten wurden im Rechenzentrum der Freien Universität Berlin mit Hilfe des "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) von NIE et al. ausgewertet. Es handelt sich um ein gebrauchsfertiges Paket von Computerprogrammen mit dem Sozialwissenschaftler ohne spezielle Ausbildung in der Datenverarbeitung umgehen können. Das SPSS ermöglicht die Zusammenfassung der Daten einer Versuchsperson aus mehreren Untersuchungsmitteln auf einem "file". Uns liegen vor:

- von 885 Kindern Angaben zur Geburt (868 Auswertungen der Geburtsunterlagen, von 17 Kindern lediglich die Adresse, das Alter, der Familienstand und die Berufsgruppe der Mutter,
- von 495 Kindern dieser 885 die Auswertung der Geburt und die Antworten der Eltern auf den Fragebogen,
- von 153 dieser 495 Kinder Daten aus allen Untersuchungsinstrumenten: Geburt, Fragebogen, Interview, Entwicklungstest und körperliche Untersuchung.

Das SPSS ermöglicht die Bildung neuer übergreifender Variabeln aus Einzelvariabeln mittels logischer oder mathematischer Konstruktion. Es enthält ferner etliche statistische Testverfahren. Die damals verfügbare Version 5.5. enthielt unter anderem: Chi-Quadrat-Test, F-Test, t-Test für unabhängige Stichproben, SPEARMAN-Rangkorrelationen, PEARSON-Produktmomentkorrelationen. Einige nonparametrische Verfahren, wie der

U-Test von MANN u. WHITNEY oder KOLMOGOROFF-SMIRNOW-Test konnten noch nicht angewendet werden. Daher wurde der t-Test auch dann verwendet, wenn keine normalverteilten Daten vorlagen. Wir glaubten dazu berechtigt zu sein, da BONEAU schreibt, der t-Test sei so robust, daß er funktionell nonparametrisch und verteilungsfrei sei. MINIUM meint, eine leichte Schiefe der Verteilung kann toleriert werden, wenn die Gruppen N = 2o oder größer sind. Wir haben jedoch bei allen Rechnungen beachtet, daß entweder die Gruppen ungefähr gleich groß sind oder daß kein Varianzunterschied bestand (F-Test). In Ausnahmefällen werden die Ergebnisse trotz nicht zutreffender Bedingungen angeführt, wenn sich ein Unterschied andeutete. Dies ist jedesmal genau vermerkt. Signifikanzen werden dann nicht mehr angegeben.

Einige Werte im Chi-Quadrat-Test sind per Hand gerechnet worden nach den Formeln in CLAUSS u. EBNER. Sie sind stets als solche ausgewiesen.

Die Ergebnisse der Prüfverfahren sind im Text, in den Tabellen oder als Anmerkung auf der entsprechenden Seite mitgeteilt, um das Lesen zu vereinfachen. Bei allen Tests wurde grundsätzlich eine zweiseitige Fragestellung angenommen, das ist auch der Fall bei den Signifikanzen, die direkt mit der SPSS gerechnet wurden. Eine Korrelation wurde dann angenommen, wenn der Korrelationskoeffizient größer als o,1o war, als signifikant wurde ein Ergebnis mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % oder weniger angesehen; teilweise werden Ergebnisse als "Tendenz" mitgeteilt, die eine größere Irrtumswahrscheinlichkeit als 5 % haben.

4. Soziale Lebensverhältnisse-Ergebnisse*)

a) Stellung am Arbeitsplatz (Funktionsgruppe)

Ein wesentlicher Teil des Fragebogens galt Informationen über die Lebensbedingungen der Kinder und über die berufliche Situation der Eltern. Als exemplarisch für die Gesamtheit der Sozialen Lebensverhältnisse einer Familie haben wir die berufliche Stellung des Hauptverdieners einer Familie angesehen. Zur Einteilung wird ein Schichtmodell benutzt, das diese Unterschiede wiedergibt: das Funktionsgruppenmodell (s.u.). Als Hauptverdiener einer Familie wurde derjenige bezeichnet, dessen Einkommen am wichtigsten für den Unterhalt der Familie ist (vgl. Frage Nr. 36 des Fragebogens). In 446 Fällen war es der Vater, in 45 Fällen die Mutter und in 4 Fällen eine andere Person.

Das Funktionsgruppenmodell bzw. der Funktionsgruppenkatalog wurde von CLAESSENS u. Mitarb. ursprünglich zur Arbeitsplatzanalyse in Großbetrieben der Industrie und der gewerblichen Wirtschaft entwickelt. Es werden unterschiedliche Niveaus von Dispositionsbefugnis (Verfügungsgewalt) am Arbeitsplatz unterschieden. Die Skala reicht von der niedrigsten Funktionsgruppe 0 bis zur höchsten Funktionsgruppe 10. Der Funktionsgruppenkatalog von CLAESSENS u. Mitarb. ist in Tafel 2 abgebildet. Dort finden sich auch Beispiele.

*) Dieser Abschnitt ist der Arbeit von KUMMER mit seinem Einverständnis entnommen. Es wurde lediglich die Numerierung der Tabellen geändert.

Der von CLAESSENS u. Mitarb. ursprünglich nur für Beschäftigte in Großbetrieben aufgestellte Funktionsgruppenkatalog wurde für unsere Untersuchung von STÖHR für alle Berufsgruppen anwendbar gemacht. Somit sind Beamte und Angestellte im Öffentlichen Dienst, Selbstständige und mithelfende Familienangehörige sowie Beschäftigte in Mittel- und Kleinbetrieben eingeschlossen. Für diese Gruppen gab es besondere Richtlinien. Im übrigen konnten wir uns nach Richtbeispielen aus den Arbeiten von CLAESSENS u. Mitarb. sowie von NEUNDÖRFER richten.

Der Übertragungsschlüssel für Beamte und Angestellte im Öffentlichen Dienst orientiert sich an den Besoldungs- und Vergütungsgruppen, die weitgehend den betreffenden Dispositionsbefugnissen entsprechen.

TAFEL 3: Übertragungsschlüssel für Beamte und Angestellte im Öffentlichen Dienst

Besoldungsgruppe	Vergütungsgruppe	Laufbahngruppe	Funktionsgruppe
A 1	X	einfacher Dienst	0
A 2	IXb		1
A 3	IXa		2
A 5 (4)	VIII	mittlerer Dienst	2
A 6	VII		3
A 7	VIb, VIa		4
A 8	Vc		5
A 9	Vb, Va	gehobener Dienst	6
A 1o	IVb		
A 11	IVa		
A 12	III		
A 13, H 1	II	höherer Dienst	7
A 14, H 2, 3	Ib		8
A 15, H 5	Ia		9
A 16, B			1o

Selbstständige wurden nach ihrer Ausbildung eingestuft und wurden somit in der Regel der gleichen Funktionsgruppe zugeteilt, die sie bei unselbstständiger Arbeit

Funktionsgruppen-Katalog

Einstufungsrichtlinien (stark abgekürzt!)

	Angestellte		Arbeiter	
F.-Gr.	fachliche Qualifikation (Berufsvorbildung, Berufserfahrung)	Dispositionsbefugnis	fachliche Qualifikation (Berufsvorbildung, Berufserfahrung)	Dispositionsbefugnis
10 — 13	—	Unternehmensspitze (Vorstandsmitglieder, Direktoren)	—	—
9	—	Bereichsleiter: Verwaltung, Entwicklung, Fertigung, Vertrieb, Personal-Chef, Chefkonstrukteur	—	—
8	—	Ressortleiter i. d. Verwalt., Leiter Vertriebsbüro, 1. Konstrukteur	—	—
7	—	Betriebsing., -assistent, Abt.-Leiter gr. Verkaufs- u. Fachabteilungen, Bauleiter	—	—
6	**kfm. u. techn. Fachschulausbildung mit langjähriger Berufspraxis oder Hochschulausbildung** Entwicklungsing., 1. Einkäufer, Normeningenieur, 1. Bilanzbuchhalter	Leiter selbst. Fachabteilungen, Verkaufsabteilung im Handel, Gruppenführer, hochqual. Sachbearbeiter u. Ingenieure, Bauführer, Obermeister von mehreren Produktionswerkstätten	—	—
5	**kfm. u. techn. Fachschulausbildung** Ingenieure, Dolmetscher, Disponent, Fremdsprachenkorr., Vorstands-, Direktions-, hochqual. Sekretärin	Leiter mittlerer Verwaltungs- u. kfm. Abteilungen (Organisationsbüro, Gruppenf. Einkauf-Verkauf), Meister in Produktionswerkstätten	Mikrometermechaniker, bes. hochqual. Vorrichtungsbauer (selbstentwerfend), Maschinenbauer (Kundenfertigung)	Vorarbeiter in Meisterfunktionen

4	**kfm. u. techn. Lehrberufe n. Lehrabschluß u. langjähriger Erfahrung bzw. zusätzl. Fachausbildung** Bilanzbuchhalter, qual. Sachbearbeiter, Detailkonstrukteur, Techniker	Leiter kl. Büros mit vorwiegend angelernten Angestellten (vollverantwortl.), (Schreibbüro, Poststelle, Expedition)	**handwerkliche Berufe nach Lehrabschluß und langer Berufspraxis** qual. Einrichter, Facharbeiter für besondere Aufgaben, Werkzeugmacher, Betriebselektriker	Vorarbeiter von Facharbeitern
3	**kfm. u. techn. Lehrberufe (nach Lehrabschluß ohne längere Erfahrung)** qual. Stenotypistin, Buchhalter, Verkäufer, Fakturistin, techn. Zeichner, techn. Laborant, Sekretärin kl. Abteilungen	Gruppenführer angelernter Angestellter (1. Stenotypistin, Gruppenführerin, Leiter der Kartei, des Archivs usw.)	**handwerkliche Berufe nach Lehrabschluß ohne längere Berufserfahrung** Schlosser, Dreher, Maurer, Facharbeiter	Vorarbeiter angelernter Arbeiter
2	**Tätigkeiten nach etwa 1jähr. Spezialschulung oder langj. Berufserfahrung** Kontoristin, Stenotypistin, Verkaufskräfte	Gruppenführer ungelernter Angestellter (Oberpförtner)	**Spezialarbeiter mit Anlernausbildung** Prüferin, Kabelformerin, Blechrichter, Zuschneider, Feinblechner	Gruppenführer, Kolonnenführer ungelernter Arbeiter
1	**angelernte Tätigkeiten o. Berufsvorbildung u. -erfahrung nach kurzer Betriebspraxis** Schreibkräfte, Hilfskontoristin, Verkaufshilfen, Registratoren	—	**kurzfristig angelernte Arbeiter** Blechbeizer, Putzer, Montiererin, Formerin, Stanzerin, Löterin, Wicklerin	—
0	**Hilfstätigkeiten ohne Berufsausbildung u. -erfahrung bzw. Betriebspraxis** Büroboten, Bürodiener	—	**ungelernte Arbeiter** Fahrradwächter, Werksbote, Schlackenlader, Reinemachefrau	—

(entnommen aus CLAESSENS u. Mitarb., S.16/17)

bekommen hätten.

Selbstständige mit einem Betrieb von 1o bis 1oo Beschäftigten wurden um zwei Funktionsgruppen höher eingestuft, bei 4 bis 9 Beschäftigten um eine (Selbständige mit einem Großbetrieb hätten der Funktionsgruppe 1o angehört.). Selbständige in sogenannten "Freien Berufen" mit Hochschulstudium, wie Rechtsanwälte oder niedergelassene Ärzte wurden wegen der besonderen Disposition ihres Arbeitsfeldes auch dann um eine Funktionsgruppe höher eingestuft, wenn sie nur 1 bis 3 Beschäftigte hatten.

Hauptverdiener, die sich noch in Ausbildung befanden, wurden um eine Funktionsgruppe tiefer eingestuft als der erste nach Beendigung der Ausbildung zu erwartende Arbeitsplatz: Lehrlinge in Funktionsgruppe 2, Studenten an Hoch- und Fachhochschulen zum Beispiel in Funktionsgruppe 5. In einzelnen Zweifelsfällen geschah die Einteilung anhand des letzten Arbeitsverhältnisses, so bei arbeitslosen Vätern.

Die ersten 153 Hauptverdiener, aus den Familien der zu Hause untersuchten Kinder, wurden von 3 Beurteilern unabhängig voneinander eingestuft, wobei sich hohe Übereinstimmungen fanden. Daraufhin wurden die übrigen 342 Versuchspersonen von einer Person zugeordnet, deren Entscheidung von einer zweiten kontrolliert wurde. Eine genaue Beschreibung findet sich bei STÖHR.

Die Verteilung der Funktionsgruppen war (Tabelle 1):

	n	in %
0	17	3,4
1	47	9,5
2	28	5,7
3	13o	26,3
4	85	17,2
5	4o	8,1
6	63	12,7
7	57	11,5
8	21	4,2
9	7	1,4
	495	1oo,o

Bei zahlreichen Rechenoperationen wurden größere Gruppen zusammengefaßt: Die Angehörigen der Funktionsgruppen 0 bis 3 (n = 222 bzw. 44,8 %) haben eine Ausbildung, die das Niveau einer abgeschlossenen Lehre nicht übersteigt und verfügen nicht über eine wesentliche Dispositionsbefugnis. Die Angehörigen der Funktionsgruppen 4 und 5 haben eine mittlere Qualifikation mit einiger Berufserfahrung und einer begrenzten Dispositionsbefugnis (n = 125 bzw. 25,3 %). Hauptverdiener der Funktionsgruppen 6 bis 9 (n = 148 bzw. 29,9 %) haben oft einen Hochschulabschluß und zum Teil eine erhebliche Dispositionsbefugnis. In einigen Fällen wurde die sehr häufige Funktionsgruppe 3 als eigene Gruppe betrachtet.

b) andere Angaben zu den Sozialen Lebensverhältnissen

Aus den Tabellen 2 und 3 ist ersichtlich, wie häufig die versicherungsrechtlichen Beschäftigungsgruppen und die im Fragebogen vorgegebenen Einkommensgruppen vorkamen:

Tabelle 2: Beschäftigungsverhältnis der Eltern

	Vater		Mutter	
	n	in %	n	in %
Arbeiter	131	28,1	71	15,1
Angestellte	154	33,o	22o	46,8
Angestellt im Öff.Dienst	41	8,8	1o6	26,6
Beamte	91	19,5	39	8,3
Selbständiger/ mith.Familienm.	49	1o,5	34	7,2
	466	1oo,o	47o	1oo,o
Keine Angaben	29		25	

Tabelle 3: Familieneinkommen (nach den Abzügen)

	n	in %
- 3oo DM	13	2,7
3o1 - 7oo DM	42	8,6
7o1 -11oo DM	79	16,2
11o1 -15oo DM	138	28,3
15o1 -2ooo DM	1o9	22,4
über 2ooo DM	1o6	21,8
	487	1oo,o
Keine Angaben	8	

Die Ausbildungsverhältnisse sind Tabelle 4 zu entnehmen:

	Vater		Mutter	
	n	in %	n	in %
keine Berufsausbildung	38	8,3	54	11,3
Anlernausbildung	8	1,8	35	7,3
etwa einjährige Ausbildung	7	1,5	16	3,3
Handelsschule	3	o,7	39	8,1
Lehre, Facharbeiterausbildung	214	46,8	236	49,3
Fachschulausbildung	62	12,5	58	12,1
Hochschule, Höhere Fachschule	125	27,4	41	8,6
Keine Angaben	38		16	

Das durchschnittliche Alter der Mütter beim ersten Geburtstag des Kindes betrug 26,6 Jahre, der Median 26,o Jahre, die Standardabweichung 4,7 Jahre. Die Spannweite reicht von 16 bis 4o Jahren. Es fällt auf, daß die Altersstufen von 22 bis 31 Jahren relativ gleichmäßig besetzt sind. Das Alter der Mutter korreliert mit der Höhe der Funktionsgruppe*) o,42 (SPEARMAN-Korrelation; n = 494).

*) Hier wird noch die korrekte, aber etwas umständliche Formulierung "mit der Höhe der Funktionsgruppe" benutzt. Später heißt es kürzer, aber ungenauer "mit der Funktionsgruppe".

Das durchschnittliche Alter der Väter betrug 29,6 Jahre. Es streute erheblich weiter als das der Mütter: der jüngste Vater war (beim ersten Geburtstag des Kindes) 18 Jahre, der älteste 58 Jahre alt. Die Standardabweichung beträgt 5,5 Jahre, der Median liegt bei 29,3 Jahren. Erwartungsgemäß korreliert auch das väterliche Alter mit der Funktionsgruppe (o,35; SPEARMAN-Korrelation; n = 484).

Der Familienstand der Mutter ist Tabelle 5 zu entnehmen. Allerdings ist den Angaben zum rechtlichen Familienstand keine allzugroße Bedeutung beizumessen. Beim "Anmahnen" und beim Hausbesuch fanden wir, daß die meisten der Kinder von ledigen Müttern in einer "vollständigen Familie" lebten, die aus dem Kindesvater, der Kindesmutter und dem Kind bestand. Das geht auch aus der Personenzahl in der Wohnung hervor (Tabelle 7): Nur in 8 Fällen lebten zwei Personen (Mutter und das untersuchte Kind) in der Wohnung, bei allen übrigen Kindern waren es drei oder mehr Personen.

Tabelle 5: Familienstand der Mutter

	n	in %
verheiratet	453	92,1
ledig	31	6,3
geschieden, getrennt	6	1,2
verwitwet	2	o,4
	492	1oo,o
Keine Angabe	3	

Das Alter der verheirateten Mütter ist um zwei Jahre höher als das der ledigen, geschiedenen und verwitweten (26,8 gegenüber 24,4 Jahre). Von den 39 ledigen, geschiedenen oder verwitweten Müttern gehörten 32 = 82,1 % den Funktionsgruppen 0 - 3 an, 4 Mütter den Funktionsgruppen 4 und 5 und 3 Mütter den Funktionsgruppen 6 - 9. Die unteren Funktionsgruppen sind somit deutlich über-

repräsentiert. Neben der allgemein ungünstigeren sozialen Position dieser Familien dürfte auch ihr geringeres Lebensalter dazu beigetragen haben, daß sie noch nicht so hohe Positionen im Arbeitsprozeß bekleideten. Außerdem wurde die Funktionsgruppe der Familie häufig nach der Funktionsgruppe der Mutter bestimmt, die als Frau in unserer Gesellschaft meist noch geringere berufliche Aufstiegschancen hat.

91 % der Väter und 32 % der Mütter waren während des ersten Lebensjahres des Kindes berufstätig gewesen. Von den Müttern ist außerdem bekannt, wie lange die Berufstätigkeit insgesamt bestand:

Tabelle 6a: Dauer der Berufstätigkeit der Mütter

	n	in %
überhaupt nicht berufst.	29o	59,8
weniger als 3 Monate	52	1o,7
3 bis 6 Monate	27	5,6
6 Monate oder länger	116	23,9
	485	1oo,o
Keine Angabe	1o	

Die tägliche Arbeitsdauer der berufstätig gewesenen Mütter war (Tabelle 6 b):

	n	in %
ganztags	1o8	52,9
halbtags	49	24,o
stundenweise o.ä.	47	23,1
	2o4	1oo,o
Keine Angabe bzw. nicht gearbeitet	291	

Die Zahl der wöchentlichen Arbeitsstunden der Mütter streut beträchtlich, zwischen 5 und 68 (!) Wochenstunden, der Median beträgt 33 Stunden. Das Alter der berufstätigen Mütter unterscheidet sich nicht von dem der übrigen Mütter.

Wir hatten vermutet, daß vor allem Frauen der unteren Funktionsgruppen berufstätig sein müssen, um das niedrigere Einkommen ihrer Ehemänner auszugleichen. Das war jedoch nicht der Fall. In allen Funktionsgruppen war der Prozentsatz von berufstätigen Müttern etwa gleich hoch bei 45 %. Es scheint, daß Mütter mit einer besonders hohen beruflichen Qualifikation eher noch häufiger berufstätig sind: Mütter mit einer Fachschul- oder Fachhochschul- oder Hochschulausbildung waren zu 59 % berufstätig. 4o % dieser Frauen waren ein halbes Jahr oder länger berufstätig. Das sind fast doppelt so viele wie bei den Müttern mit einer weniger qualifizierten Berufsausbildung.

Schichtarbeit eines oder beider Elternteile kam bei 77 Familien vor. 61 % davon gehörten zu den Funktionsgruppen 0 bis 3, die somit deutlich überrepräsentiert sind.

Da die Stichprobe nur Erstgeborene umfaßt, überwiegen kleine Familien bzw. Lebensgemeinschaften: 9o % der Kinder lebt mit bis zu drei Personen in der Wohnung, meistens wohl Mutter, Vater und Kind:

Tabelle 7: Zahl der Personen in der Wohnung, einschließlich des Kindes

	n	in %
2	8	1,6
3	437	89,8
4	25	5,1
5 und mehr	17	3,5
	487	1oo,o
Keine Angabe	8	

97 % der Kinder sind das einzige Kind in der Wohnung:

Tabelle 8: Zahl der Kinder in der Wohnung

	n	in %
1	477	97,3
2	9	1,8
3 und mehr	4	o,9
	490	1oo,o
Keine Angabe	5	

Entsprechend der Kinderzahl von einem Kind ist das Raumangebot je Familienmitglied in der Wohnung relativ günstig. Die Personenzahl je Wohnraum ohne Küche und Bad beträgt
(Tabelle 9:)

Personen / Wohnraum	n	in %
unter 1	1o7	22,o
1	212	43,5
1,1 bis 1,5	15o	3o,8
über 1,5	18	3,7
	487	1oo,o
Keine Angabe	8	

Umgerechnet für die häufigste Form der dreiköpfigen Familie (Vater, Mutter, Kind),bedeutet dieses Ergebnis, daß 65,5 % eine Drei- oderMehrzimmerwohnung haben, 3o,8 % zwischen zwei und drei Zimmern und nur 3,7 % weniger als zwei Zimmer.

Für eine Familie mit einem Säugling dürfte ein Bad in der Wohnung sehr wichtig, wenn nicht gar notwendig sein. Bei unseren Familien ergaben sich folgende Häufigkeiten (Tabelle 1oa):

	n	in %
Bad in der Wohnung	435	88,2
andere gute Möglichkeiten (Dusche)	3o	6,1
keine Möglichkeit, kein Bad	28	5,7
	493	1oo,o
Keine Angabe	2	

Insgesamt waren also fast 95 % der Wohnungen mit Möglichkeiten versehen, um einen Säugling ohne Schwierigkeiten zu baden. Dasdürften weitaus bessere Bedingungen als im Berliner Durchschnitt gewesen sein: Im Jahr 1968 hatten 33 % der Berliner Wohnungen ein Bad (Statistisches Jahrbuch 1971, S. 226), auch unter Berücksichtigung von Neubauten und Modernisierungen dürften 1973 wesentlich weniger als 95 % der Wohnungen mit einem Bad ausgestattet gewesen sein. Über die durch-

schnittlichen Wohnbedingungen von Familien mit Kindern haben wir allerdings keine Angaben.

Die Wohnbedingungen der Familien wurden zu einem Index zusammengefaßt (Tabelle 1ob):

	n	in %
Wohnungen ohne Bad	29	5,9
Wohnungen mit Bad; 1 oder mehr Personen/Wohnraum	352	72,3
Wohnungen mit Bad; weniger als 1 Person / Wohnraum	1o6	21,8
	487	1oo,o
Keine Angabe	8	

Die Wohnbedingungen der untersuchten Familien waren trotz des durchschnittlichen guten Niveaus in den unteren Funktionsgruppen deutlich besser: Über 75 % der Wohnungen der besten Gruppe wurden von Angehörigen der Funktionsgruppen 4 - 9 bewohnt. Über 75 % der Wohnungen ohne ein Bad von Familien der Funktionsgruppen 0 - 3, die übrigen Wohnungen ohne Bad von den Funktionsgruppen 4 und 5. Somit bewohnt keine Familie der Funktionsgruppen 6 - 9 eine Wohnung ohne ein Bad.

Eine wichtige Frage galt dem Infektionsrisiko, besonders der Krippenunterbringung. 37 Kinder (7,5 %) waren zeitweilig oder ständig in einer Krippe untergebracht. Die Einflüsse häufiger Kontakte mit anderen Kindern oder des Zusammenlebens mit anderen Kindern in derselben Wohnung ließen sich nicht eindeutig genug klassifizieren, so daß wir über diese Aspekte des Infektionsrisiko keine Aussage machen können.

Von den Krippenkindern stammten 25 (68 %) aus den Funktionsgruppen 0 bis 3, die somit deutlich überrepräsentiert sind. Wie zu erwarten war, war etwa ein Drittel der Kinder lediger Mütter in der Krippe, gegenüber nur 6 % der Kinder von verheirateten Müttern. Die Kinder

lediger Mütter machen auch etwa ein Drittel der Krippenkinder aus. 35 der 37 Krippenkinder hatten eine berufstätige Mutter.

Um Unterschiede der Beobachtungsgabe der Eltern kontrollieren zu können, wurde besonders vermerkt, ob die Eltern durch ihre jetzige Tätigkeit oder eine frühere Berufsausbildung möglicherweise Kenntnisse haben, die ihnen eine besonders gute Beobachtung des Kindes ermöglichen. Da die Einteilung nach dem Augenschein der beruflichen Angaben erfolgen mußten, ist diese Einteilung vielleicht etwas willkürlich, absichtlich wurde der Kreis der Berufsgruppen weit gefaßt. So zählten als medizinische Berufe auch Arzthelferinnen, als pädagogischer Beruf auch Sozialarbeiter, die oft mehr administrative als pädagogische Aufgaben wahrnehmen. Da diese Berufsgruppen meist mit einer relativ hohen Qualifikation verbunden sind, ist es nicht verwunderlich, daß 55 % zu den Funktionsgruppen 6 - 9 und weitere 21 % den Funktionsgruppen 4 und 5 angehörten.

A 5. Weitere Ergebnisse

1. Erzieherverhalten der Eltern

STÖHR untersuchte in seiner Diplomarbeit das Erzieherverhalten der Eltern und seine Einflüsse auf die kindliche Entwicklung sowie Beziehungen zu sozialen Lebensverhältnissen. Seine Ergebnisse stützen sich vor allem auf das Interview. Seiner Zusammenfassung entnehmen wir:

"...(Es) wurde die Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehungen für die kindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr untersucht. Extremgruppen mit für die Kinder besonders günstigen bzw. schädlichen Beziehungen, die sich ihrerseits je nach Verfügung am Arbeitsplatz und Ausbildung der Eltern unterschieden, hatten, verglichen mit der Reststichprobe, signifikant bessere bzw. schlechtere Entwicklungstestergebnisse. Offensichtlich addieren sich in den Extremgruppen sogenannte objektive und subjektive Faktoren zu besonders günstigen bzw. besonders ungünstigen Entwicklungsbedingungen für die Kinder, und es ließen sich ergänzend zu den widersprüchlichen Schichtvergleichen schon Ende des 1. Lebensjahres Unterschiede aufzeigen. Ein weiteres Ergebnis: Kinder, die geschlagen werden (öfter bis manchmal - vom Klaps bis zum Grobwerden), hatten signifikant mehr Entwicklungsstörungen, vor allem Schlafstörungen. ...."

Ein rigoroses Erzieherverhalten kam in den unteren Funktionsgruppen häufiger vor. Nach KUMMER konnten außerdem statistische Beziehungen zwischen dem Erzieherverhalten und der Häufigkeit von Krankheiten gefunden werden: Die 26 Kinder, deren Mutter bzw. Vater in mehreren Interviewfragen berichtet hatten, daß sie die Aktivitäten ihres Kindes stark beschränken, und eine enge Beziehung zwischen Mutter und Kind berichtet hatten, waren häufiger krank. Sie hatten mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1o % eineinhalb mal so viele Krankheiten wie die 31 Kinder der Eltern, die betont hatten, daß ihr Kind unabhängig, selbständig und ohne eine so feste Mutter-Kind-Beziehung aufwachsen sollte.

2. Krankheitshäufigkeit und Entwicklung

KUMMER untersuchte in seiner Arbeit Beziehungen zwischen Krankheitshäufigkeit und sozialen Lebensverhältnissen der Familien sowie der körperlichen und psychosozialen Entwicklung der Kinder. Seiner Zusammenfassung entnehmen wir die wichtigsten Ergebnisse:

"Nach Angaben ihrer Eltern im Fragebogen hatten die Jungen durchschnittlich 5,9 Erkrankungen im Befragungszeitraum (Median = 4,8), banale Infektionen, wie ein Schnupfen eingerechnet. 3,7 Male (Median = 3,1) betrafen den Respirationstrakt, 1,1 Male den Verdauungstrakt (Median = o,6). Nur 17 Kinder (3,8 %) waren gar nicht erkrankt.

Es ergab sich eine deutlich höhere Erkrankungsrate der Kinder aus den unteren Funktionsgruppen an Infekten der oberen Luftwege, besonders Husten. Krippenunterbringung, Berufstätigkeit der Mutter oder Ledigkeit waren ebenfalls mit höheren Morbiditätswerten verbunden. Der Unterschied zwischen den oberen und den unteren Funktionsgruppen besteht aber auch dann, wenn solche für die Morbidität ungünstigen Faktoren, wie Krippenunterbringung usw., ausgeschaltet werden. Die Wohnbedingungen waren ohne Einfluß. Hinsichtlich einer Geburtsbelastung fand sich kein sozialer Unterschied...

153 Kinder wurden beim Hausbesuch orientierend medizinisch untersucht. Dabei fanden sich keine bisher unbehandelten Auffälligkeiten. Es wurden Normalwerte der Fettfaltendicke für einjährige Kinder mittels eines Calipers bestimmt. Die Kinder aus den unteren Funktionsgruppen waren durchschnittlich 1 cm kleiner, beim Gewicht und der Fettfaltendicke zeigten sich keine Unterschiede. In den unteren Funktionsgruppen waren die häufiger erkrankten Kinder dünner als die selten erkrankten. In den oberen Funktionsgruppen bestand diese Beziehung nicht.

Beim Entwicklungstest zeigte sich lediglich, daß organisch schwer behinderte Kinder Entwicklungsrückstände hatten. Soziale Unterschiede der Entwicklung bestanden zum Untersuchungszeitpunkt nicht. Es konnte gezeigt werden, daß Kinder in einem psychischen Milieu, das die kindliche Entfaltungsmöglichkeiten besonders begünstigt, weiter entwickelt waren. ...."

B Vorsorge in der Geburtsklinik

Die präventiv-medizinische Versorgung der Kinder beginnt bereits mit der Schwangerschaftsbetreuung der Mütter und wird in der Geburtsklinik mit der BCG-Impfung, die in Berlin seit mehreren Jahren regelmäßig vorgenommen wird, sowie mit den Mitte 1971 eingeführten Früherkennungsuntersuchungen fortgesetzt. Es handelt sich um die Neugeborenen-Erst- und Basisuntersuchung - im folgenden als VU 1 und VU 2 bezeichnet.

1. Ergebnisse

1.1. Früherkennungsuntersuchungen VU 1 und VU 2

Die Eltern wurden in Frage 1.a des Fragebogens gefragt, ob bei ihren Kindern beide Untersuchungen durchgeführt wurden. Tabelle 11 zeigt, daß sie bei fast allen Kindern vorgenommen wurden.

Tabelle 11: Früherkennungsuntersuchungen VU 1 und VU 2

	JA		NEIN	
	N	%	N	%
Neugeborenen-Erstuntersuchung (VU 1)	491	99,2	4	0,8
Neugeborenen-Basisuntersuchung (VU 2)	467	94,3	28	5,7

N = 495

Dennoch überrascht, daß überhaupt Untersuchungen fehlen und daß VU 2 häufiger als VU 1 nicht durchgeführt wurde. Bei 3 Kindern wurden beide Untersuchungen nicht vorgenommen, bei einem Kind nur VU 2 und bei 25 Kindern nur VU 1.

Es wurde überprüft, ob VUen wegen Verlegung des Kindes in ein Kinderkrankenhaus nicht durchgeführt werden konnten. Es zeigte sich, daß von 29 Kindern, bei denen mindestens eine VU fehlt, nur 5 in ein Kinderkrankenhaus gebracht wurden. Insgesamt aber wurden 58 Kinder verlegt, von denen bei 53 - also der überwiegenden Mehrzahl - beide VUen durchgeführt wurden. 3 der Kinder, bei denen VUen fehlen, waren bis zu 3 Wochen im Kinderkrankenhaus, 2 länger.

Entgegen unserer Annahme, daß sich soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen noch nicht in der Geburtsklinik auswirken würden, zeigt sich in Tabelle 12, daß fast 2/3 der Kinder, bei denen VUen fehlen, aus niedrigen Funktionsgruppen stammen.

Tabelle 12: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Früherkennungsuntersuchungen

VUen	Funktionsgruppenzugehörigkeit				
	0 - 3	4 + 5	6 - 9	N	%
VU 1 + VU 2 durchgeführt	2o3	119	144	466	94,1
VU 1 oder VU 2 nicht durchgeführt	19	6	4	29	5,8
	222	125	148	495	1oo,o

Chi-Quadrat*) = 6,o5 mit 2 Freiheitsgraden sign. < o,o5
Cont. coeff. = o,11*)

1.2. BCG - Impfung

In Frage 3 des Fragebogens waren die Eltern nach der

*) Die Tests wurden nach den Formeln in CLAUSS u. EBNER gerechnet.

BCG-Impfung gefragt worden. Wie zu erwarten, war der größte Teil der Kinder auch geimpft worden. Tabelle 13 zeigt das Ergebnis.

Tabelle 13: BCG-Impfung

BCG-Impfung	N	%	
geimpft	452	93,6	
nicht geimpft	31	6,4	
	483	100,0	
Keine Angabe	12	2,4	(von N = 495)

Obwohl es sich nur um wenige Kinder handelt, die nicht geimpft wurden, versuchten wir herauszufinden, aus welchen Gründen die Impfung nicht erfolgte und aus welchen sozialen Verhältnissen diese Kinder kommen.

Es konnten keine medizinischen Gründe gefunden werden, die gegen eine Impfung der Kinder sprachen. Hinsichtlich eines Geburtsrisikos, neurologischer Störungen, der Reife bei der Geburt oder Kinderkrankenhausaufenthaltes gab es keine Unterschiede zwischen geimpften und nicht-geimpften Kindern. Nur 4 der 31 nicht-geimpften Kinder wiesen später anhand der Angaben ihrer Eltern so schwere neurologische Schäden auf, daß mit dauernder Beeinträchtigung ihrer Entwicklung gerechnet werden muß.*)

Obwohl auch bei der BCG-Impfung nicht mit sozialen Einflüssen zu rechnen war, zeigten sich deutliche soziale

*) Derartige Schäden wurden in der Variabel 'Defekte' in der Arbeit von KUMMER folgendermaßen definiert: Schwerer Defekt= neurologische sowie alle chronischen und irreversiblen Schädigungen; Leichter Defekt= unklare, reversible oder inzwischen behobene Störungen, wenn aus den Befunden hervorging, daß sie das Kind nicht entscheidend beeinflußten.
Berücksichtigt werden muß bei der Definition, daß auch Risikokinder, bei denen unter Umständen sich die Schädigung nicht auswirkt, in der Gruppe der geschädigten Kinder enthalten sind.

Unterschiede.

Wie in Tabelle 14 ersichtlich ist, stammen fast 3/4 der nicht-geimpften Kinder aus den unteren Funktionsgruppen 0 - 3, dagegen nur ein knappes Drittel aus den Funktionsgruppen 4 und 5 und weniger als 7 % aus den Funktionsgruppen 6 - 9. Wie zu erwarten, sind die Mütter der nicht-geimpften Kinder auch wesentlich jünger, haben nur eine geringe Berufsausbildung und keine medizinisch und/oder pädagogische Ausbildung. Das entspricht auch den Ergebnissen, daß diese Mütter aus niedrigeren Funktionsgruppen stammen, wie vorn beschrieben.*)

Tabelle 14: Funktionsgruppenzugehörigkeit und BCG-Impfung

BCG-Impf.	Funktionsgruppenzugehörigkeit				
	0 - 3	4 + 5	6 - 9	N	%
Ja	19o	118	144	452	93,6
Nein	23	6	2	31	6,4
	213	124	146	483	1oo,o

Chi-Quadrat = 13,513 mit 2 Freiheitsgraden alpha = o,oo12
Cont. coeff. = o,1648

2. D i s k u s s i o n d e r E r g e b n i s s e

Es wurde festgestellt, daß die Kinder, bei denen eine oder beide VUen fehlen, ebenso wie die nicht BCG-geimpf-

*) Testergebnisse zwischen BCG-Impfung und a) Alter der Mutter: t-Test t = 3, 6o9, alpha = o,o1, N = 483, 1 Freiheitsgrad. b) Berufsausbildung der Mutter: Chi-Quadrat = 1o,3737 mit 3 Freiheitsgraden alpha = o,o16, Cont.coeff. = o,1473, N = 468. c) Medizinische/pädagogische Ausbildung: Chi-Quadrat = 4,254 mit 1 Freiheitsgrad alpha = o,o39, Cont.coeff. = o,1o33, N = 483

ten Kinder überwiegend aus Familien mit niedrigem Sozialstatus kommen.

Ist dieses Ergebnis zufällig oder beruht es auf einer Nachlässigkeit in der Betreuung von Kindern aus ungünstigen sozialen Verhältnissen durch die Geburtsklinik? Oder gibt es andere Gründe?

1. Nach SCHOLZ (1972) nahm in Berlin der Durchimpfungsgrad der Neugeborenen in den Jahren 1961 - 1964 von 62,2 % auf 9o,4 % zu. Seitdem liegen die Zahlen stets über 9o %. Unser Ergebnis liegt also durchaus in diesem Rahmen. Vergleichszahlen für VU 1 und VU 2 liegen nur wenige vor; sie scheinen sich inzwischen jedoch sicher zwischen 8o und 9o % eingependelt zu haben. Das weist auf die Zuverlässigkeit der Angaben der Eltern dieser Untersuchung hin.

Weitere Angaben zum Vergleich der Wahrnehmung von VU 1 und VU 2 in unserer Untersuchung und in der BRD finden sich auf Seite 69 ff.

2. Es gibt keine Gründe von seiten des Kindes, weshalb die Früherkennungsuntersuchungen nicht durchgeführt werden können. Für die BCG-Impfung waren aus den Geburtsunterlagen keine Kontraindikationen zu ersehen.

3. Soweit es kontrollierbar war, gibt es keine Anhaltspunkte, daß Impfung oder VUen aus Gründen, die von der Mutter ausgingen, nicht vorgenommen wurden.

Soweit die Krankenblätter vollständig sind, verließen nur 4 Mütter die Geburtsklinik vorzeitig gegen ärztlichen Rat; ihre Kinder sind jedoch geimpft und zweimal untersucht worden.

Die BCG-Impfung stieß nur bei einer Mutter auf Ablehnung. Auffällig ist jedoch, daß über die Hälfte der

nicht BCG-geimpften Kinder auch später nicht ausreichend gegen DPT-Polio geimpft wurde. Inwieweit hieraus auf eine Impfabneigung gerade der Mütter aus niedrigen sozialen Verhältnissen geschlossen werden kann, wird in dem Kapitel über die Schutzimpfungen erörtert.

Festzustellen ist schließlich, daß die Mütter ausreichend krankenversichert gewesen sein müssen. Denn bei den 4 Kindern, bei denen VU 1 fehlt, wurde mindestens noch VU 3 durchgeführt. Daß die Mütter der nicht BCG-geimpften Kinder nicht gründsätzlich gegen Präventivmaßnahmen sind, geht daraus hervor, daß nur eine von 3o Müttern keine weiteren VUen in Anspruch genommen hat. Die meisten haben also eine gewisse Kontinuität in der präventiven Versorgung ihrer Kinder eingehalten.

Es ist auch nicht anzunehmen, daß die Mütter nicht wußten, was mit VU 1 und VU 2 gemeint war, weil im Fragebogen der Antwortmodus für diese Frage genau angegeben war und die Mütter die Frage nach den weiteren VUen richtig beantwortet haben.

Halten wir fest, daß es eine kleine Gruppe von Kindern gibt, die nicht optimal präventiv in der Geburtsklinik versorgt wurden, aus ungünstigeren sozialen Verhältnissen kommen und schon deshalb als gefährdeter anzusehen sind*), und daß es keinen Hinweis für eine Verantwortlichkeit der Mütter dafür gibt.

*) So sind am ehesten die sozialschwachen Familien von Tuberkulose und anderen Krankheiten bedroht, wie ABHOLZ (1973 und 1974) für Berlin nachweist.

4. Es ist nicht ein bestimmtes Krankenhaus für fehlende VUen und fehlende BCG-Impfung verantwortlich zu machen. Die nicht-geimpften Kinder wurden in 12 von 18 Geburtskliniken, die Kinder, bei denen VUen fehlen, in 11 von 18 geboren. Das spricht zunächst für eine Zufälligkeit. Andererseits handelt es sich nicht um dieselben Kinder, bei denen BCG-Impfung und VUen fehlen, sondern überwiegend um verschiedene Kinder. Der Anteil schlechter versorgter Kinder erhöht sich auf etwa 1o % aller Kinder dieser Untersuchung. Bei 1o % kann kaum mehr von Zufälligkeit gesprochen werden.

Auf eine gewisse Nachlässigkeit in der Betreuung deutet die häufig unzureichende Führung der Geburtsunterlagen hin. So mußten 97 Kinder (das entspricht 11,2 % aller ausgewerteten Geburten) als Kinder mit fraglichem Risiko eingestuft werden, weil wichtige Parameter wie z. B. der K-Wert 1 min bzw. APGAR 1 (wenn nicht der K-Wert 5 min vorlag) oder Geburtsmaße nicht dokumentiert waren, wie KUMMER eingehend beschreibt. Die Angaben zur BCG-Impfung fehlten so häufig, daß bei der Auswertung beschlossen werden mußte, nur die Antworten der Eltern aus dem Fragebogen zu verwenden.

Die Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen waren nur ausnahmsweise in den Krankenblättern enthalten.

Man könnte nun argumentieren, daß zwar durch das Fehlen der VUen (und der BCG-Impfung) das Ziel, das mit der Einführung der VUen - eine weitgehend lückenlose, fortlaufende Dokumentation über den Gesundheitsstand der Kinder - nicht erreicht wurde, daß die Auswirkungen für die Kinder aber nicht so gravierend sind, weil noch andere VUen und Impfungen im 1. Lebensjahr der Kinder durchgeführt werden sollten, und bei diesen Gelegenheiten könnte das bisher Versäumte weitgehend nachgeholt

werden. Ist das anzunehmen?

HOYER u. THALHAMMER, BLEEK, SMILEY et al, GALLAGHER sowie auch eine Studie, die im Auftrage des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit über die Situation der werdenden Mitter in der BRD gemacht wurde - im folgenden als GfG = Gesellschaft für Grundlagenforschung bezeichnet - stellen übereinstimmend in verschiedenen Jahren fest, daß Frauen der unteren sozialen Gruppen Schwangerenvorsorge in geringerem Maß und wenn überhaupt, erst in späteren Trimestern wahrnehmen. Viele Frauen wissen nach diesen Untersuchungen nicht einmal, welchen Zweck diese Einrichtung hat (BLEEK). Dazu kommt, daß viele Mütter, besonders diejenigen, die ihr erstes Kind erwarten, keine Informationen besitzen über die Säuglingsfürsorgestellen und Impfungen für ihr Kind (GfG). SMILEY et al. sowie GALLAGHER berichten, daß Mütter, die nicht zur Schwangerenvorsorge gehen, aus besonders ungünstigen sozialen Verhältnissen kommen, meist auch keine Vorsorgemaßnahmen für ihr Kind in Anspruch nehmen. Wenn diese amerikanischen Ergebnisse auch auf unsere Verhältnisse zutreffen, so ist gerade die präventive Versorgung der Kinder in der Geburtsklinik wichtig, weil sie oft die einzige der Kinder bleiben wird. Zum anderen kann man Müttern wohl kaum die Wichtigkeit von Prävention einsichtig machen, wenn man ihnen bei der Entlassung aus der Geburtsklinik ein unvollständig ausgefülltes Untersuchungsheft für Kinder gibt.

Während des Interviews, das wir mit den Mittern bei dem Hausbesuch führten, berichteten uns viele Mütter spontan oder später danach gefragt, von ihren oft negativen Eindrücken von der Geburtsklinik. Diese Berichte sollen in einem Exkurs dargestellt und anschließend im Hinblick auf Auswirkungen auf das Ver-

halten von Müttern in medizinisch-präventiven Fragen erörtert werden.

Exkurs: Zur Einstellung der Mütter zur Geburtsklinik

Insgesamt wurden 115 von 153 Müttern (das entspricht 75,2 %) nach ihren Eindrücken, ihrer Kritik, nach der Art der medizinischen Betreuung für sie selbst und für ihr Kind in der Geburtsklinik gefragt.

Bei der Auswertung wurden drei Gruppen von Antworten gebildet, je nach der Meinung, die die Mütter überwiegend vertraten.

Die Antworten der Mütter wurden in einem 'rating' von zwei Auswertern unabhängig voneinander in die drei Gruppen eingeordnet. Anschließend wurde die Übereinstimmung zwischen den beiden Auswertern bestimmt. Sie war sehr hoch. Die gleiche Auswertung wurde auch für die Frage zur Einstellung der Mütter zu Arzt bzw. Säuglingsfürsorge vorgenommen. Auch dort ist die Übereinstimmung zwischen beiden Auswertern sehr hoch (S. 127 ff.).

Die erste Gruppe bildeten Mütter, die die Versorgung in der Geburtsklinik im ganzen als positiv erfahren hatten, sie äußerten überhaupt keine Kritik. Die zweite Gruppe bildeten Mütter, die eine überwiegend positive Einstellung zur Geburtsklinik hatten, die jedoch einzelne Kritikpunkte berichteten. Die positive Meinung überwog bei ihnen. Die dritte Gruppe der Mütter fand nichts Positives mehr, sondern übte ausschließlich Kritik.

Tabelle 15 zeigt, daß nicht ganz die Hälfte der Mütter eine uneingeschränkt positive Erfahrung gemacht

hatte. Mehr als ein Drittel der Mütter hatte die Geburtsklinik zwar noch in guter Erinnerung, aber nicht kritiklos. Über 17 % hatten nur negative Aspekte in ihrer Erinnerung. Soziale Unterschiede in der Einstellung wurden nicht gefunden.

Tabelle 15: Einstellung der Mitter zur Geburtsklinik

Einstellung	N	%
uneingeschränkt positiv	55	47,8
eingeschränkt positiv	4o	34,8
vollkommen negativ	2o	17,4
	115	1oo,o

Wie aus Tabelle 16 hervorgeht, wurde von fast der Hälfte der Mütter, die überhaupt Kritik*) äußerten, das Verhalten des medizinischen Personals bemängelt. Am häufigsten (12 mal) wurde das Verhalten der Hebammen kritisiert. Die Mütter fanden, daß die Hebammen während der Geburt zu wenig Hilfestellung gaben (4 mal), daß sie unfreundlich und grob waren (6 mal) oder daß sie hinausgingen und die Mütter allein ließen (3 mal); je eine Mutter beklagte sich darüber, daß die Klinik Hebammenlehranstalt war und daß die Hebamme die Geburt verzögern wollte. An den Schwestern wurde 8 mal Kritik geäußert. Sie hätten vor allem beim Stillen zu wenig Hilfestellung gegeben (6 mal), sie seien nachlässig in der Betreuung gewesen (4 mal) oder auch unfreundlich (3 mal).

*)Die Kritikpunkte enthalten mehrfach Doppelnennungen. Jede Mutter konnte verschiedene Kritikpunkte äußern. Dadurch ergeben die Zahlen in Tabelle 16 weit über 1oo %, aber auch die Aufzählung der einzelnen Kritikpunkte ergibt höhere Werte.

Tabelle 16: Kritik der Mütter an der Geburtsklinik

Kritik	N	% (von N = 6o)
Medizinische Versorgung	25	41,7
Verhalten des Personals	29	48,3
Psychologische Betreuung	11	18,3
Hygiene	1o	16,7
Ausstattung der Klinik	6	1o,o
Andere Kritik	15	25,o

An den Ärzten wurde 7 mal Kritik geübt, und zwar am unfreundlichen Verhalten (3 mal) und an ihrer ärztlichen Fähigkeit (3 mal).

Eng mit der Kritik am Verhalten des Personals verbunden ist auch die Kritik an der medizinischen Versorgung, die bisweilen auf nachlässiges Verhalten des Personals zurückgeführt wird, besonders wenn Komplikationen eintreten. Sie wurde von 25 Müttern geäußert. Die Kritikpunkte betrafen einerseits die medizinische Betreuung während der Geburt und andererseits die im Wochenbett. Während der Geburt wurde die Medikation gegen Schmerzen (3 mal) sowie zur Wehenunterstützung (2 mal) als unzureichend geschildert. 5 Mütter führten den schlechten Zustand ihres Kindes nach der Geburt auf eine zu lange Geburtsdauer zurück. Im Wochenbett bemängelten die Mütter vor allem die Sekundärheilung der Episiotomienaht (3 mal) und die schlechte Uterusrückbildung (2 mal). Die Versorgung des Kindes wurde 4 mal kritisiert.

11 Mütter beklagten sich über unzureichende psychologische Betreuung und Führung während der Geburt. Sie fühlten sich verlassen (8 mal), weil Ärzte und Hebammen entweder nicht greifbar waren, da sie den Kreißsaal verlassen hatten, oder unfähig, auf die psychischen Bedürfnisse der Frauen einzugehen, So fanden 4 Frauen die Geburt insgesamt nicht schön, sondern eher erschreckend

und erniedrigend. Dazu kamen Unsicherheit und zu wenig Auskunft über Verlauf der Geburt und Ergehen des Kindes nach der Geburt (3 mal).

1o Mütter berichteten von mangelnder Hygiene auf den Stationen, meist unsaubere Toiletten und Sparsamkeit bei der Vergabe von Vorlagen und Wäsche sowie seltene Säuberung der Krankenzimmer. 6 Mütter rügten die Ausstattung der Klinik wegen baulicher Nachteile oder räumlicher Ausstattung.

Auch hier wurden keine sozialen Unterschiede gefunden.

Diskussion

Es sei daran erinnert, daß alle geäußerte Kritik spontan ohne lange Überlegung von den Müttern gesagt werden mußte. Es handelt sich um Kritik am Verlauf eines schon ein Jahr zurückliegenden Ereignisses: der Geburt des ersten Kindes, auf die die Frauen im allgemeinen noch immer nicht ausreichend - vor allem psychisch - vorbereitet sind. Die Geburt ist zwar meist ein mit Freude erwartetes Ereignis, aber die Frauen haben auch Angst, da sie Ablauf und medizinische Maßnahmen nicht kennen und nicht einschätzen können, wozu diese dienen. Das zeigt sich besonders deutlich bei den Frauen, die sich verlassen und unverstanden fühlten, es zeigt sich aber auch bei denen, die sich über das Verhalten des medizinischen Personals beklagten. Was die medizinische Versorgung während und nach der Geburt angeht, so hätten sich Mißverständnisse in der Beurteilung der Maßnahmen sicher verhindern lassen, wenn sich das Personal bemüht hätte, den Sachverhalt genau zu erklären. Gleiches gilt auch für die Anleitung der Mütter beim Stillen und in der Körperpflege in dieser besonderen Situation.

Zwar ist letztlich nicht zu beurteilen, ob die Kritik

in allen Punkten berechtigt ist, zumindest läßt sich aber ein gestörtes Verhältnis zwischen Personal und Patienten ableiten. Für die Berechtigung der Kritik sprechen die - wie schon beschrieben - recht häufig wenig sorgfältig geführten Geburtsunterlagen.

Wir halten die meisten der genannten Kritikpunkte für durchaus vermeidbar, wenn einerseits die Frauen schon während der Schwangerschaft im Rahmen der Schwangerenbetreuung besser auf Geburt und Wochenbett vorbereitet werden; aber auch während der Geburt und im Wochenbett wäre bessere Aufklärung und Beratung möglich. - Das Verhalten des Personals ist sicher zu einem Teil aus der häufig ungünstigen Personalsituation erklärbar; dennoch könnten viele Schwierigkeiten verhütet werden, wenn es noch mehr Rücksicht auf die Persönlichkeit und die psychische Verfassung der Frauen nehmen würde und Ärzte und ärztliches Hilfspersonal mehr Sorgfalt üben würden.

Wichtig ist für uns der Aspekt der Unzufriedenheit der Mütter wegen des Zusammenhangs mit der Zuverlässigkeit von Müttern in der Befolgung ärztlicher Verordnungen. FRANCIS et al. haben z.B. herausgefunden, daß die Zuverlässigkeit von Müttern in der Befolgung ärztlicher Verordnungen von ihrer Zufriedenheit mit dem Verhalten des Arztes und von ihrer Einschätzung der Richtigkeit seines ärztlichen Handelns abhängen. Unzufriedenheit mit den Maßnahmen und dem Verhalten medizinischen Personals könnte demnach dazu führen, daß die Mütter ein größeres Mißtrauen gegenüber dem Medizinbetrieb bekommen und deshalb entweder so selten wie möglich zum Arzt gehen oder auch seine Verordnungen nicht befolgen.

Aus allen diesen Gründen muß besonders auch während des Aufenthaltes der Mütter in der Geburtsklinik sehr

sorgfältig gearbeitet werden. Es muß noch mehr als bisher auf genaue Führung der Geburtsunterlagen geachtet und darauf gedrungen werden, daß die Präventivmaßnahmen vollständig durchgeführt und auch dokumentiert werden. Es sollte darauf hingewirkt werden, daß die Mitter für Präventivmaßnahmen interessiert werden, in einer Zeit, in der das Interesse der Eltern für die Gesundheit ihres Kindes besonders groß ist.

C. Die präventive Versorgung der Kinder im ersten Lebensjahr (ohne Prävention in der Geburtsklinik)

I. Die FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN U 3, U 4, U 5

Seit dem 1. Juli 1971 werden als Krankenkassenpflichtleistungen 7 Früherkennungsuntersuchungen für Kinder von der Geburt bis zum 4. Lebensjahr angeboten; ihre Ergebnisse werden in einem besonderen Heft dokumentiert. 5 dieser Untersuchungen sind im 1. Lebensjahr vorgesehen. Die Ergebnisse der ersten beiden Untersuchungen wurden bereits in Teil B.1. dargestellt. Sie werden in der Geburtsklinik durchgeführt, die zweite soll möglichst von einem Kinderarzt vorgenommen werden, in Ausnahmefällen von einem erfahrenen Geburtshelfer. Die übrigen Untersuchungen sollen von einem niedergelassenen Arzt, meist Kinderarzt, und von auf Antrag zusätzlich ermächtigten Ärzten durchgeführt werden.

Die Früherkennungsuntersuchungen sind Teil der sekundären Prävention und dienen der frühzeitigen Erkennung und Behandlung folgender - überwiegend schon bei Geburt vorhandenen - Schädigungen und Defekte:

Adrenogenitales Syndrom
Augenfehler
Cerebralparesen
Diabetes
Dystrophie (chronische Gedeihstörungen)
Fehlbildungen: Hüftgelenksanomalien
Fehlbildungen, andere orthopädische
Fehlbildungen, nicht orthopädische
Harnwegsinfektionen
Harnwegsmißbildungen
Herzfehler
Hodenlageanomalien
Hörschäden
Psychische Entwicklungsstörungen
Rachitis
Schilddrüsenerkrankungen
Sprachstörungen
Statische/ statomotorische Entwicklungsstörungen
Stoffwechselstörungen (ausgenommen Diabetes)

(Drucksache 7/454).

Besonderes Interesse dieser Untersuchung ist es zu erfahren, wie sich diese Früherkennungsuntersuchungen (VUen) eingeführt haben, ob und welche Unterschiede in der Inanspruchnahme durch die Eltern es gibt, welche Ärzte - niedergelassene oder in der Säuglingsfürsorge tätige Ärzte - bevorzugt werden. Wichtig war es auch, die Einstellung der Eltern und ihren subjektiven Eindruck von der Art der Durchführung zu erfahren.

Es kam uns nicht darauf an, eine Analyse der Qualität der VUen und der Ergebnisse herzustellen; diese Analyse soll nach dem Gesetz durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen geschehen. Die Auswertung für das Jahr 1972 liegt uns vor.

Die Kinder unserer Stichprobe wurden etwa 1o bis 14 Monate nach Einführung der VUen geboren. Es war damit zu rechnen, daß anfängliche Schwierigkeiten organisatorischer und personeller Art beseitigt und die Eltern weitgehend über diese VUen informiert waren, da viele Krankenkassen in Zeitungsinseraten und Mitgliederbroschüren auf sie hingewiesen hatten und die Kinder in Krankenhäusern geboren wurden.

1. Inanspruchnahme und Kontinuität der Inanspruchnahme von VU3 - VU5

1.1. Ergebnisse

In Frage 1.b des Fragebogens sollten die Eltern angeben, welche der VUen 3 - 5 sie in Anspruch genommen haben.
Wie in Tabelle 17 ersichtlich, nimmt die Inanspruchnahme am stärksten von VU 4 zu VU 5 (mit zunehmendem Alter des Kindes) ab.

Tabelle 17: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen VU 3 - VU 5

	Ja		Nein	
	N	%	N	%
VU 3 = Untersuchung i.d.4. (spät. 6.) Lebenswoche	466	94,1	29	5,9
VU 4 = Untersuchung im 4. bis 6. Lebensmonat	454	91,7	41	8,3
VU 5 = Untersuchung im 9. bis 12. Lebensmonat	4o6	82,o	89	18,o

N = 495

Zusätzlich interessierte uns die Kontinuität, mit der die Eltern die VUen für ihr Kind wahrgenommen haben. Unter der Kontinuität ist die Anzahl VUen zu verstehen, die das einzelne Kind hat. Tabelle 18 zeigt, daß bei einer Berücksichtigung von VU 3 und VU 4 noch 88 % der Eltern beide Untersuchungen in Anspruch genommen haben. Wird dagegen auch VU 5

Tabelle 18: Kontinuität der VUen, bezogen auf VU 3 und VU

	N	%
beide VUen	43o	88,o
1 VU durchgeführt	5o	1o,2
keine VU	9	1,8
	489	1oo,o

(vgl. Tab. 19) einbezogen, sinkt dieser Prozentsatz auf rund 75 % ab. Nur bei diesen 75 % der Kinder ist im Grunde eine Kontinuität gewahrt. Bei 1/5 der Kinder fehlt eine VU, am häufigsten davon VU 5. Nur bei ca. 5 % der Kinder fehlen 2 oder 3 Untersuchungen. Es kam nicht vor, daß nur VU 5 in Anspruch genommen wurde.

Um keine Eltern zu benachteiligen, wurden verschiedene Faktoren kontrolliert. So wurde für VU 3 ausge-

schlossen, daß die Untersuchung wegen Kinderkrankenhausaufenthalt des Kindes nicht durchgeführt werden konnte. Bei den anderen Untersuchungen sind die vorgesehenen Zeiträume so groß, daß sie trotz Kinderkrankenhausaufenthaltes hätten wahrgenommen werden können.

Da ein Teil der Kinder noch nicht ein Jahr alt war, als die Eltern den Fragebogen ausfüllten, wurde für VU 5 der Einfluß des Alters kontrolliert. Es zeigte sich, daß von 89 Kindern, bei denen VU 5 fehlt, nur 11 Kinder 1 Jahr oder älter waren. Nur von diesen Kindern kann mit Sicherheit gesagt werden, daß VU 5 nicht durchgeführt wurde. Andererseits war das jüngste Kind nur 1 Jahr minus 18 Tage alt, der Altersdurchschnitt betrug 1 Jahr minus 8 Tage. Da VU 5 bereits vom 9. Lebensmonat an durchgeführt werden kann, ist kaum damit zu

Tabelle 19: Kontinuität der VU 3 - VU 5

	N	%
VU 3 - 5 durchgeführt	369	75,4
2 VUen "	95	19,5
1 VUen "	16	3,3
keine durchgeführt	9	1,8
N = 489		100,0

rechnen, daß die 78 Kinder unter 1 Jahr noch in den letzten ein bis zwei Wochen alle untersucht worden sind. Dennoch wurde für die Beurteilung der Kontinuität bei den weiteren statistischen Verfahren VU 5 nicht berücksichtigt, um keine Verfälschung der Ergebnisse zu bewirken. Den weiteren Berechnungen liegt Tab. 18 zugrunde.

Aufgrund der kleinen Anzahl von 9 Kindern, bei denen weder VU 3 noch VU 4 durchgeführt wurde, liessen sich statistische Verfahren nicht mehr anwenden. Auch bei Zusammenfassung mit der Gruppe der Kinder, bei denen nur VU 3 oder VU 4 durchgeführt wurde, zeigten sich keine deutlichen Unterschiede in der Verfassung der Kinder nach der Geburt in der Krankheitshäufigkeit, der körperlichen sowie der psychosozialen Entwicklung.

Unterschiede in der sozialen Herkunft scheinen sich lediglich bei den 9 Kindern anzudeuten, bei denen keine VU durchgeführt wurde. Es handelt sich wahrscheinlich um sozial Benachteiligte; denn 6 von ihnen stammen aus den niedrigen Funktionsgruppen 0 - 3, 5 Väter sind Arbeiter, 7 Mütter verfügen höchstens über einen Lehrabschluß; eine medizinische und/oder pädagogische Ausbildung hat nur eine Mutter.

1.2. Diskussion der Ergebnisse

1.2.1. Vergleich der Ergebnisse mit anderen bisher vorliegenden Zahlen

Leider liegen noch kaum Zahlen über die Inanspruchnahme der VUen vor, insbesondere keine über soziale oder andere Unterschiede in der Inanspruchnahme. Nach dem Kinderarzt DOBLER*) lag nach der Bundesstatistik für das II. Quartal 1972 die Inanspruchnahme von VU 1 und VU 2 bei 8o %, von VU 3 bei 6o %, von VU 4 bei 4o % und von VU 5 bei 25 %. SPROCKHOFF*), der im Vorsorgeausschuß des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands e.V. tätig ist, gibt eine geschätzte Beteiligung für das Jahr 1972 für die VUen 1 - 3 mit 65 % an, für VU 4 mit 52 % und für VU 5 mit

*) Persönliche Mitteilung

37 % an. Das deutet darauf hin, daß allgemein die VUen in der Geburtsklinik am häufigsten durchgeführt werden, während die Untersuchungen, für die die Eltern selbst sorgen müssen, in viel geringerem Maße wahrgenommen werden. Gleiches, wenn auch nicht so ausgeprägt, ist auch in der vorliegenden Untersuchung festzustellen.

Die Barmer Ersatzkasse*) weist für ihre anspruchsberechtigten Mitglieder seit Einführung der Untersuchungen bis zum II. Quartal 1973 ein Ansteigen der Prozentzahlen von 38,2 % auf 84,8 % für VU 1, von 44,8 auf 88,9 % für VU 2, von 42,7 auf 9o,5 % für VU 3, von 24,9 auf 85,6 % für VU 4 und von 16,4 auf 89,9 % für VU 5 auf. Seit dem II./III. Quartal 1972 sind die Zahlen für diese Untersuchungen stets weit über 8o %.**)

Bei allen Zahlen ist festzustellen, daß im Gegensatz zu unserer Untersuchung die Anzahl durchgeführter und abgerechneter VU 2 stets über der Anzahl für VU 1 liegt. Der Unterschied kann nicht geklärt werden.

*) Persönliche Mitteilung

**) Von der AOK Berlin erhielten wir keine Zahlen, sie verwies uns auf die Auswertung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Aus deren Auswertung für 1972 geht hervor, daß die Inanspruchnahme bei den Ersatzkassen und der Seekasse wesentlich höher liegt als bei den Betriebs-, Orts- und Innungskrankenkassen. Inwieweit das mit einer anderen sozialen Zusammensetzung der Mitglieder in den einzelnen Kassen zusammenhängt, bedarf genauer Klärung.

Daß unsere Zahlen durchaus im Bereich des Möglichen liegen, zeigt die Höhe der Zahlen der BEK. Jedoch muß bei einer Beurteilung unserer Zahlen zunächst berücksichtigt werden, daß es sich hier um eine reine Großstadtbevölkerung handelt, um ein eng umgrenztes Stadtgebiet: Westberlin. Säuglingsfürsorgen und Ärzte sind relativ gleichmäßig über das Gebiet verteilt, die Wege sind sicher kürzer als auf dem Land. Diese Situation begünstigt die Inanspruchnahme von VUen ganz allgemein. Durch die Beschränkung auf deutsche Kinder wurden auch ethnische Unterschiede in der Ansicht und Handhabung von Gesundheitsfragen ausgeschlossen, die ebenfalls unsere Ergebnisse entscheidend hätten verändern können. Am wichtigsten erscheint uns aber die Tatsache, daß die Kinder Erstgeborene sind. Sie kommen aus jungen Familien, die erst im Entstehen sind, die Eltern sind noch besonders interessiert an dem Kind und unerfahren im Umgang, in der Pflege und Erziehung und daher auch am leichtesten für Vorsorgemaßnahmen zu motivieren. Die Mütter haben, besonders wenn sie nicht arbeiten, mehr Zeit für Vorsorgemaßnahmen. Schwierigkeiten, die Mütter mit mehreren Kindern hätten - wie Beschwerlichkeit in der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel mit mehreren Kindern, Zeit zu finden, die anderen Kinder evtl. anderweits unterzubringen in der Zeit von Arztbesuchen- entfallen.
Unter dieser Berücksichtigung erstaunen die hohen Werte nicht mehr, die wir erhalten haben. Es muß aber weiter gefragt werden, wie regelmäßig Vorsorge wahrgenommen wird.

2. Die Inanspruchnahme der VUen 1 - 5 liegt rein rechnerisch bei uns weit höher als im Bundesdurchschnitt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gibt für 1972 einen Bundesdurchschnitt von 66,87 % an,

während der Durchschnitt in unserer Stichprobe um fast ein Drittel höher ist mit 92,28 %. Betrachtet man aber die Kontinuität, so ist sie, wie wir in Tab. 18 sahen, niedriger für VU 3 und VU 4 mit 88 %, und sinkt bei Betrachtung von VU 3 - 5 auf gut 75 % ab (Tab. 19). Der hohe Durchschnittswert ist also auf die VUen 1 und 2 zurückzuführen. Mit zunehmendem Alter der Kinder nehmen die Mütter die VUen weniger in Anspruch.

Die regelmäßige Einhaltung der VUen halten wir deshalb für wichtig, weil nur sie es erlaubt, Veränderungen im Gesundheitszustand und in einmal festgestellten Schädigungen festzustellen. Zu berücksichtigen ist ferner, daß nicht jeder Schaden bei einmaliger Untersuchung sicher diagnostiziert, sondern häufig nur durch spätere Untersuchungen verifiziert werden kann.

Die bei uns zur Zeit existierender 5 Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr bedeuten ein Minimum; von ihnen werden hier nur zwei hinsichtlich einer kontinuierlichen präventiven Versorgung betrachtet. Diese minimale Kontinuität bis zu einem Alter von 4 - 6 Monaten besteht bei 12 % der Kinder nicht. Wie sich anzudeuten scheint, unterscheiden sich diese Kinder gesundheitlich und in ihrer Entwicklung nicht von den anderen kontinuierlicher versorgten Kindern, sondern wenn überhaupt, dann eher in ihrer sozialen Herkunft. Allerdings muß diesem Verdacht noch gezielt nachgegangen werden, da unsere geringe Zahl von nur 9 Eltern keinesfalls den endgültigen Schluß zuläßt, daß Eltern aus schlechteren sozialen Verhältnissen bezüglich der VUen nachlässiger sind.
Auf jeden Fall dürfte es sich nur um einen kleinen Teil der Eltern mit niedrigem Sozialstatus handeln, der VUen nicht kontinuierlich wahrnimmt, da ein größe-

rer Teil von Eltern mit gleich niedrigem Sozialstatus durchaus zuverlässig für die VUen sorgt. In Amerika stellten MINDLIN u. DENSEN (1971) sowie YANKAUER u. Mitarbeiter fest, daß nicht allein die schlechteren sozialen Verhältnisse - gemessen an Ausbildung und Beschäftigungsverhältnis des Vaters - die Unzuverlässigkeit in Vorsorge bedingen, sondern daß Faktoren wie schlechte Ausbildung der Mütter, geringes Einkommen (im übrigen auch unter soziale Lebensverhältnisse zu subsumieren) sowie die Kinderzahl einer Familie dafür verantwortlich zu machen sind. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, daß bei einer anderen Zusammensetzung der Stichprobe - Familien mit mehreren Kindern - sich die sozialen Unterschiede erst verstärkt auswirken würden.

I.2. Der untersuchende Arzt

Da die Säuglingsfürsorge nur auf Antrag zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen zugelassen wird, interessierte uns, wie weit sie an ihnen beteiligt ist. Die Antworten auf diese Fragestellung stammen aus Frage 1.b des Fragebogens.

2.1. Ergebnisse

Bei der Auswertung zeigte sich, daß 249 Eltern (das sind 5o,3 %) Doppelnennungen angegeben hatten und sehr häufig die Ärzte in der Geburtsklinik mitaufzählten*). Aus diesem Grunde wurden die Antworten so gruppiert, daß

*) 21o der 249 Eltern meinten mit dem Krankenhausarzt die Ärzte in der Geburtsklinik; ihre Kinder waren nach der Geburt nicht im Kinderkrankenhaus. Bei 21 Kindern, die 4 Wochen und länger im Kinderkrankenhaus lagen, könnte VU 3 dort gemacht worden sein. 37 Kinder waren bis zu 3 Wochen nach der Geburt im Kinderkrankenhaus, bei ihnen könnte die VU 2 im Kinderkrankenhaus durchgeführt worden sein. Von den letzten 58 Kindern kreuzten aber nur 39 Eltern den Arzt im Krankenhaus an. Die 11 fehlenden Antworten auf diese Frage stammen von Eltern deren Kind nie im Kinderkrankenhaus war.

die Antworten nur nach dem Kriterium 'niedergelassener Arzt' und/oder 'Arzt in der Säuglingsfürsorge' ausgewertet wurden unter Berücksichtigung eines eventuellen Krankenhausaufenthaltes des Kindes.

Wie Tabelle 2o zeigt, steht der Hausarzt bei weitem an der Spitze der Nennungen. Daneben spielt der Arzt in der Säuglingsfürsorge nur eine sehr untergeordnete Rolle. Immerhin 2o % der Eltern gehen zu beiden Stellen wegen der VUen.

Tabelle 2o: Untersuchender Arzt

Untersuchender Arzt	N	%
Arzt in der Praxis	294	6o,8
Arzt in der Säuglingsfürsorge	8o	16,5
Arzt in der Praxis und in der Säuglingsfürsorge	96	19,8
keiner von beiden	14	2,9
	484	1oo,o

keine Angabe: 11

Diese Zahlen stimmen sehr gut mit denen über die Kontinuität, mit der VU 3 und VU 4 wahrgenommen wurden, überein. Es traten nur wenige Differenzen auf. So wurden bei 9 Kindern nach Angaben der Eltern nur eine VU oder beide durchgeführt, aber weder der Hausarzt noch ein in der Säuglingsfürsorge tätiger Arzt wurden angegeben. Bei diesen Kindern handelt es sich vermutlich um Kinder, die von Ärzten aus dem elterlichen Bekanntenkreis untersucht wurden. Entsprechende Angaben machten zwei Eltern im Interview.
9 Eltern gaben an, daß VUen bei Hausarzt und Säuglingsfürsorge gemacht wurden; bei ihrem Kind wurde aber nur VU 3 oder VU 4 durchgeführt. Möglicherweise wurde

hier VU 5 gemeint.
Nur 1 Elternpaar gab an, daß ihr Kind ausschließlich in der Säuglingsfürsorge untersucht worden sei; jedoch fehlten bei diesem Kind beide VUen. Ob es sich um ein Mißverständnis handelt und die Eltern die Antwort auf andere Arztbesuche ohne Krankheitswert bezogen, kann nicht geklärt werden.

Insgesamt sind die Differenzen aber nur so wenige, daß sie das Gesamtergebnis kaum verfälschen können..

Ob Eltern den Hausarzt oder den in der Säuglingsfürsorge für die VUen auswählen, hängt nicht von der Funktionsgruppenzugehörigkeit, der Ausbildung der Mutter, dem Familieneinkommen usw. ab, sondern eher vom Familienstand der Mutter. So bevorzugen, wie Tab. 21 zeigt, die verheirateten Mütter den Hausarzt, während alleinstehende Mütter*) eher Hausarzt und Säuglingsfürsorge oder nur die Säuglingsfürsorge aufsuchen.

Tabelle 21: Familienstand der Mutter und untersuchender Arzt

Familienstand	Arzt i. Praxis	Säuglingsf.	beide	keine
verheiratet	63,o	15,6	18,5	2,9
alleinstehend	39,5	23,7	34,2	2,6

N = 481, Angaben in %

Chi-Quadrat = 8,96 mit 3 Freiheitsgraden sign. = o,o298
Cont. coeff. = o,14

*) Alleinstehende Mütter sind ledige, geschiedene und verwitwete. Diese unterschiedlichen Gruppen wurden zusammengefaßt, um eine genügend große Gruppe für statistische Berechnungen zu haben. Daß die psychologische Situation für diese Mütter und in ihren Auswirkungen auch für das Kind durchaus verschieden sind, ist uns voll bewußt.

Ein Geburtsrisiko, das den Müttern ja nicht unbedingt bekannt sein muß, hat keinen Einfluß auf die Wahl des Arztes. Dagegen scheint ein leichter Einfluß in einer wahrscheinlichen Schädigung des Kindes zu liegen. Es suchen tendenziell, wie Tabelle 22 zeigt, weniger Eltern mit einem geschädigten Kind ausschließlich die Säuglingsfürsorge auf wegen VUen.

Tabelle 22: Schäden des Kindes und untersuchender Arzt

Schäden	Arzt i.Praxis	Säuglingsf.	beide	keine	
leichte u. schwere	67,2	9,2	21,8	1,7	24,6
keine	58,6	18,9	19,2	3,3	75,4

N = 484, Angaben in %

Chi-Quadrat = 7,28 mit 3 Freiheitsgraden sign.= o,o634
Cont. coeff. = o,12

I.2.2. Diskussion der Ergebnise: Durchführender Arzt

Der Arzt, der die Früherkennungsuntersuchungen durchführt, ist aus zwei Gründen von Interesse. Erstens, weil die niedergelassenen Ärzte durch sie wieder offiziell an Präventivmaßnahmen beteiligt sind und daher nach ihrem Anteil an der Durchführung der VUen im Verhältnis zur Säuglingsfürsorge zu fragen ist. Zum anderen ist es ebenso wichtig zu erfahren, ob die VUen von verschiedenen Ärzten und in verschiedenen Institutionen vorgenommen wurden.

1. Bei der Auswertung konnte keine Differenzierung nach Fachärzten durchgeführt werden, wie sie z.B. SPROCKHOFF*) angibt. Er beziffert für 1972 die Betei-

*) Persönliche Mitteilung

ligung der Kinderärzte mit ca. 7o % und die der Allgemeinärzte mit rund 3o %. Diese Zahlen geben aber keinen Aufschluß über die Beteiligung der Säuglingsfürsorgeärzte, die ja zum Teil ebenfalls Kinderärzte sind. Wir stellten fest, daß rund 6o % der Eltern ausschließlich den niedergelassenen Arzt - im allgemeinen dürften das auch Kinderärzte sein - aufsuchen, aber nur knapp 17 % allein die Säuglingsfürsorge. Damit ist der niedergelassene Arzt die wichtigste Instanz geworden und hat sich einen festen Platz gesichert. Ein wichtiger Grund dafür dürfte in dem erschwerten Zugang der Säuglingsfürsorge zu diesen Untersuchungen liegen.

Auffällig ist jedoch, daß 2o % der Eltern die VUen bei verschiedenen Ärzten durchführen ließen, je eine Untersuchung beim niedergelassenen Arzt und beim Säuglingsfürsorgearzt. Inwiefern das durch Unzufriedenheit mit der Durchführung der VUen bewirkt sein könnte, soll an anderer Stelle diskutiert werden (S. 86 ff.).

Einflüsse auf die Wahl des Arztes sind nur bei den alleinstehenden Müttern aufgetreten und bei Eltern mit höchstwahrscheinlich geschädigten Kindern.
Daß die alleinstehenden Mütter die VUen häufiger in der Säuglingsfürsorge machen lassen, ist erklärlich unter Berücksichtigung der stärkeren sozialen Kontrolle, der sie als meist ledige Frauen unterliegen. Sie sind zwar nicht direkt per Gesetz gezwungen, die Säuglingsfürsorge aufzusuchen, aber viel eher von einer behördlichen Einflußnahme bedroht.

Auch das Verhalten der Eltern mit gefährdeten Kindern bzw. behinderten erscheint erklärlich. Da der niedergelassene Arzt nicht nur die Früherkennungsuntersuchungen durchführt, sondern auch die Therapie einleitet und überwacht, ist es für diese Eltern wahrscheinlich unnötig, noch zusätzlich das Kind in der Säuglingsfürsorge vorzustellen.

2. Die Eltern wurden zwar im Fragebogen nicht direkt gefragt, ob immer derselbe Arzt die VUen vorgenommen hat, aber es ist wahrscheinlich, daß dies in den meisten Fällen so war, wenn nicht Wohnungswechsel oder gelegentlich auch Unzufriedenheit mit dem Arzt zum Arztwechsel zwangen. Die Konsistenz des Arztes ist im Interesse der kindlichen Gesundheit wichtig, da ein Arzt die Entwicklung eines Kindes besser beurteilen und auch schon kleinere vom Normalzustand abweichende Veränderungen entdecken und beurteilen kann, wenn er das Kind und seine Entwicklung über längere Zeit beobachtet.

Diese Arztkonsistenz ist bei ca. 2o % der Kinder sicher nicht gegeben, da bei ihnen je eine VU von einem niedergelassenen Arzt und einem Arzt in der Säuglingsfürsorge durchgeführt wurde. Bei weiteren 1o % der Kinder wurde nur eine VU gemacht; auch bei ihnen ist es daher fragwürdig, eine Arztkonsistenz anzunehmen.

Wodurch bewirkt wurde, daß bei mindestens einem Drittel der Kinder verschiedene Ärzte VUen gemacht haben bzw. nur eine VU, können wir letztlich nicht klären. Zu vermuten ist, daß Faktoren wie Umzüge oder Unzufriedenheit einen Arztwechsel verursachten. Bei der Planung und Durchführung der vorliegenden Untersuchung stellte sich heraus, daß mindestens 1o % der Familien im 1. Lebensjahr ihrer Kinder umgezogen waren. Im Interview berichteten uns etwa 1o % der Eltern und zwar in der

Tendenz Eltern aus niedrigen Funktionsgruppen, daß sie aus Unzufriedenheit bereits den Kinderarzt gewechselt haben.

Ein weiterer Erklärungsansatz wird von MINDLIN u. DENSEN (1969) sowie MINDLIN u. LOBACH (1971) gegeben. Sie stellen anhand von Interviews mit amerikanischen Müttern über einen Zeitraum von 1 Jahr fest, daß die Arztkonsistenz am größten bei Mittelschichteltern ist, während Slumbewohner und Unterschichteltern häufiger den Arzt wechseln oder verschiedene Stellen für die präventive Versorgung der Kinder aufsuchen. Dabei bemerken sie, daß Mittelschichteltern, selbst wenn sie umziehen in einen anderen Stadtteil, versuchen, den Arzt zu behalten trotz längerer Wege, wenn sie mit ihrem Arzt zufrieden sind. Unterschichteltern versuchen das gar nicht erst, sondern wechseln gleich den Arzt. Sie schließen, daß wohl die Zufriedenheit mit dem Arzt und die Bedeutung der Vorsorge für die Eltern den größten Einfluß darauf haben, ob Eltern um eine Arztkonsistenz bemüht sind.

Daß ein derartiger Unterschied im Verhalten der Eltern auch für unsere Untersuchung gilt, läßt sich nicht nachweisen. Das könnte auch an der speziellen Stichprobe liegen, in der soziale Unterschiede noch nicht so groß sind, aber auch an der Tatsache, daß es sich hier um die ersten Kinder handelt.

I.3. Einschätzung der Früherkennungsuntersuchungen durch die Eltern

Da der Erfolg der Früherkennungsuntersuchungen wesentlich von der Einstellung der Eltern und ihrer Zufriedenheit mit der Durchführung abhängt, wurden die Eltern im Interview (Frage 19) nach diesen Aspekten gefragt.

Zur Kontrolle und Vergleichbarkeit der Antworten in Fragebogen und Interview sollten die Eltern zunächst angeben, wo sie ihr Kind hauptsächlich vorsorglich untersuchen lassen. Wie Tabelle 23 zeigt, stimmen die Zahlen im Interview weitgehend mit denen der Fragebogenaktion (Tabelle 2o) überein. Die Unterschiede sind möglicherweise darauf zu-

Tabelle 23: Untersuchender Arzt, Interviewangaben

Untersuchender Arzt	N	%
Arzt in Praxis	92	62,6
Arzt in Säuglingsfürs.	35	23,8
Arzt in Praxis u. Säugl.	19	12,9
keiner von beiden	1	o,7
	147	1oo,o

Nicht zuordenbar: 6 Antworten

rückzuführen, daß im Interview nach allen vorsorglichen Arztbesuchen und nicht nur nach den Früherkennungsuntersuchungen gefragt wurde. Wir halten die Unterschiede für so gering, daß die Ergebnisse zur Einschätzung der VUen und der Qualität ihrer Durchführung für die ganze vorliegende Studie gelten können*).

3.1.1 Einstellung der Eltern zu den Früherkennungsuntersuchungen, Ergebnisse

Bei der Auswertung von Frage 19, Nachfrage 1, des

*) Interview-Stichprobe und Fragebogen-Stichprobe sind auch durchaus hinsichtlich ihrer sozialen Zusammensetzung vergleichbar, wie in Teil E genauer beschrieben.

Interviews schälten sich zwei Aspekte heraus, weshalb Eltern die VUen für wichtig halten. Alle Eltern begrüßten grundsätzlich die Einführung der VUen, wobei die einen betonten, daß sie eine frühzeitige Erkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen sowie die Einleitung einer Behandlung ermöglichen; ein Teil der Eltern berichtete spontan von Schäden, die bei ihrem Kind festgestellt worden waren. Bei den anderen Eltern stand deutlicher die eigene Unsicherheit in der Beurteilung der Entwicklung ihres Kindes im Vordergrund, verbunden mit dem Wunsch nach Bestätigung, daß sich ihr Kind normal entwickelt und sie sich richtig als Eltern verhalten. Typische Antworten waren: "Man weiß das selber nicht so." "Der Arzt ist Fachmann, man selber sieht das nicht so." 72 Eltern, das entspricht 47,1 % aller interviewten, wurden befragt*). Das Ergebnis zeigt Tabelle 24.

Tabelle 24: Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen

Bedeutung	N	%
Früherkennung	25	34,7
Unsicherheit	31	43,1
nicht einordenbar	16	22,2
	72	1oo,o

*) 81 Eltern wurden nicht nach diesem Aspekt befragt, da sich ein Mißverständnis zwischen den Interviewern ergeben hatte. So fragte KUMMER hauptsächlich nach der Qualität der Durchführung, während GÖRISCHK-HENKE nach der Bedeutung der VUen für die Eltern fragte. Die Teilgruppen unterscheiden nicht in den FGRen.

Beziehungen zu sozialen Variabeln sowie auch Unterschiede in der körperlichen Verfassung der Kinder und ihrer Krankheitshäufigkeit wurden nicht gefunden.

3.1.2. Qualität der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen in den Augen der Eltern, Ergebnisse.

67 Eltern, das entspricht 43,8 % aller interviewten, wurden gefragt, ob der Arzt die VUen nach ihrer Meinung gut oder schlecht durchführe (Nachfrage von Frage 19)*).
Alle Eltern standen den VUen grundsätzlich positiv gegenüber. Wie in Tabelle 25 ersichtlich, übt mehr als ein Drittel der Eltern Kritik an der Durchführung der VUen.

Tabelle 25: Qualität der Durchführung der VUen

Qualität	N	%
gut	43	64,2
schlecht	24	35,8
	67	100,0

Als Kritik führten die Eltern an, daß die VUen nicht gründlich und sorgfältig gemacht (11 mal) und daß die Ärzte sich zu wenig Zeit für die VUen nehmen (9 mal) würden; 'flüchtig' und 'zu schnell' wurden meist synonym verwandt; denn eine zu flüchtige Untersuchung beinhaltet ja auch, daß zu wenig Zeit aufgewendet wurde. 4 Eltern bemängelten, daß sie keine Fragen stellen konnten.

*) Diese Interviews wurden überwiegend von KUMMER geführt.

Niedergelassener Arzt und Arzt in der Säuglingsfürsorge werden gleichermaßen gelobt für gute wie auch getadelt für schlechte Durchführung. Es besteht kein statistischer Unterschied.

Es deutet sich an, wie in Tabelle 26 zu sehen ist, daß eher Eltern aus höheren Funktionsgruppen Kritik an der Durchführung üben als Eltern aus niedrigen.

Tabelle 26: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Qualität der Durchführung der VUen

Qualität	Funktionsgruppe 0 - 3		Funktionsgruppe 4 - 9	
	N	%	N	%
gut	23	76,7	2o	54,1
schlecht	7	23,3	17	45,9
	3o		37	

N = 67

Chi-Quadrat = 2,7669 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,o962
Cont. coeff. = o,22832

Beziehungen zu Krankheitshäufigkeit, Schäden der Kinder oder zum Infektionsrisiko, dem die Kinder ausgesetzt waren, wurden nicht gefunden.

3.2. Diskussion

3.2.1. Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen

Zur Einschätzung der Ergebnisse ist zunächst festzuhalten, daß die 24 Eltern, die VUen wegen der Früherkennung wichtig finden, auch gut für präventive Versorgung ihrer Kinder gesorgt haben. Die Eltern von 5 Kinder gehören in di

mittlere Aktivitätsgruppe *), die anderen 19 in die höchste. Auch die Eltern, die ihre eigene Unsicherheit hervorhoben, haben präventiv gut versorgte Kinder. Nur ein Elternpaar erhielt die niedrigste Aktivitätsstufe, alle anderen die höchste.

Auffällig war, daß die Antworten der Mütter, die den Aspekt der Früherkennung betonten, sehr stereotyp waren. Die Mütter benutzten weitgehend nur das den Zweck der VUen kennzeichnende Schlagwort. Das mag zum Teil in der Person der Interviewer -Medizinstudenten - begründet sein. Diese Tatsache könnte die Mütter dazu verleitet haben, die, wie sie meinten, von Medizinern erwartete Antwort zu geben. Andererseits dürften die Mütter die Schlagworte auch aus den Mitteilungen der Krankenkassen und aus Zeitungsanzeigen kennen.

Die andere Gruppe von Müttern gab die eigene Unsicherheit und den Wunsch nach Bestätigung der Richtigkeit ihres Handelns durch das fachmännische Urteil des Arztes zu. Diese Unsicherheit ist bei den von uns befragten Müttern nicht ungewöhnlich, handelt es sich doch um Frauen, die ihr erstes Kind aufwachsen sehen und noch nicht auf eigene Erfahrungen im Umgang mit Kindern zurückgreifen können. Sie zeigt das große Bedürfnis der

*) Anhand der durchgeführten VUen, Impfungen und sonstigen vorsorglichen Arztbesuche wurde ein Index zur Aktivität der Eltern gebildet. Er reicht von 0 - 6 Punkten, wobei 6 die höchste erreichbare Stufe bezeichnet. Die Aktivitätsstufen wurden aus statistischen Gründen meist in 3 Gruppen zusammengefaßt: 0 - 2, 3 + 4, 5 + 6. (S. 148 ff.)

Mütter nach Information, Gespräch, Erklärungen an.

Daß keine sozialen Unterschiede in der Beurteilung der Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen auftraten, liegt wahrscheinlich daran, daß sich die Mütter vor allem in einem Punkt ähnlich waren: sie alle haben erst ihr erstes Kind und daher gleich wenig Erfahrung mit Kindern und weitgehend gleichviele Kenntnisse von den Früherkennungsuntersuchungen überhaupt. Die Informationsquellen dürften weitgehend dieselben sein, da es noch nicht viel Literatur über die VUen gibt. Es ist eher anzunehmen, daß die Mütter noch nicht ausreichend informiert sind und ihre Bedeutung noch nicht voll erfaßt haben. Das geht aus der Stereotypie der Antworten hervor. In einem Auszug eines Artikels in der Westdeutschen Allgemeinen Zeitung*) heißt es dazu: "Bei regelmäßiger Befragung von Eltern stellten Kinderärzte fest, daß die meisten Väter und Mütter das Untersuchungsheft ihres Kindes überhaupt noch nie gelesen hatten. Dr. Sprockhoff wundert sich nicht darüber, denn: 'Die jungen Frauen sind vielfach überfordert mit dem umfangreichen Lesestoff, den sie von der Entbindung ab mit auf den Weg bekommen.' Er zählt auf: 1. Untersuchungsheft für Kinder; 2. Impfpass; 3. Wiegekarte; 4. Informationszettel des Gesundheitsamtes; 5. Gruß des Seelsorgers; 6. Kinderzeitschriften; 7. Informationsschriften von Diätmittelfirmen; 8. Mütterpass."

*) Der Auszug dieses Artikels mit der Überschrift "Berufsverband der Kinderärzte fordert: Durch Computer mehr Kinder zur Vorsorgeuntersuchung." wurde in der Zeitschrift 'Der Kinderarzt' 5, 1o17 (1974 Heft 11) abgedruckt.

Gewiß sind die Eltern überfordert, wenn sie in das Untersuchungsheft, den Impfpaß, die Wiegekarte schauen. Besonders im Untersuchungsheft sind außer den Anweisungen für den untersuchenden Arzt und außer körperlichen Daten wie Gewicht und Länge des Kindes nur Stichwörter angegeben, unter denen sich nur der Fachmann etwas vorstellen kann; es sind keine Erklärungen für die Eltern vorhanden. Die Einteilung der Ergebnisse in 'Nein' und 'Ja' bzw. 'Auffällig' und 'Unauffällig' bietet den Eltern ebenfalls wenig Information; das Heft ist ohne Anleitung nicht zum Verständnis der Eltern angelegt. Das gleiche kann für den Impfpaß gelten.

Natürlich sind die Eltern unsicher, denn wo sollen sie Genaueres erfahren über VUen, Impfungen usw., wenn nicht von den Ärzten selbst. Denn daß Schule oder Berufsschule oder Berufsausbildung - mit Ausnahme vielleicht der medizinischen Berufe - das nicht leisten können bzw. geleistet haben, liegt auf der Hand; denn eine umfangreiche Gesundheitserziehung findet dort nicht statt. Es ist also gewiß nicht die Quantität des 'Lesestoffs', sondern seine Qualität, die die Eltern vom Lesen abhält.

Allenfalls läßt die Tatsache, daß die Eltern dem Untersuchungsheft ihrer Kinder so wenig Beachtung schenken, darauf schließen, wie intensiv die Ärzte die einzelnen Untersuchungsergebnisse mitgeteilt und erklärt haben. MINDLIN u. DENSEN (1971) berichten, daß Mütter für kontinuierliche Vorsorge verstärkt dann sorgen, wenn der Arzt sie dazu auffordert. Danach hat es der Arzt - wenigstens zum Teil - in der Hand, ob die Eltern von VUen überzeugt sind und sie machen lassen oder nicht.

3.2.2. Diskussion zur Qualität der Durchführung der VUen

Wichtiger noch als die Einstellung der Eltern zu den Früherkennungsuntersuchungen überhaupt erscheint für ihren dauerhaften Erfolg die subjektive Einschätzung der Eltern von der Sorgfalt, mit der die VUen durchgeführt werden. Denn eine als schlecht durchgeführt bewertete VU dürfte Eltern kaum für weitere VUen motivieren. Von den 24 Kindern, deren Eltern die VUen schlecht durchgeführt fanden, haben 23 beide VUen, bei 1 Kind fehlt eine VU. Bei den 43 Kindern, deren Eltern die VUen für gut gemacht hielten, fehlen bei einem Kind beide VUen und bei 5 Kindern eine VU. Damit ist festzustellen, daß bis auf ein Elternpaar alle die Durchführung der VUen aus eigener Anschauung kennen, daß aber anscheinend bisher eine negative Einschätzung noch nicht dazu geführt hat, die nächsten VUen nicht mehr wahrzunehmen. Allerdings ist das nur sehr begrenzt aussagefähig, weil nur VU 3 und VU 4 kontrolliert wurden, nicht aber VU 5. Eine negative Auswirkung dürfte sich auch erst später zeigen, wenn VU 6 und VU 7 in eine derartige Untersuchung miteinbezogen werden.

Die schlechte Qualität der Durchführung scheint eher von sozial besser gestellten Eltern bemängelt zu werden. Ob das mit einer größeren Sprachgewandtheit der Mütter aus höheren Funktionsgruppen oder einer höheren Kritikbereitschaft, einem höheren Anspruch der Eltern begründet werden kann, soll ausführlich in dem Kapitel über Einstellung zu und Kritik an Arzt und Säuglingsfürsorge diskutiert werden.

Wie ist nun die Kritik der Eltern einzuschätzen, ist sie berechtigt oder nicht? Gibt es Hinweise von seiten der beteiligten Ärzte, daß die Qualität der VUen mög-

licherweise noch zu wünschen übrig läßt?

Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie im Herbst 1972 - also ein Jahr nach Einführung der Früherkennungsuntersuchungen - führt HELLBRÜGGE aus: " Im Augenblick ist die Deutsche Ärzteschaft ... ihrer Ausbildung entsprechend noch nicht genügend auf diese Aufgabe vorbereitet. Selbst die derzeitige Universitätsausbildung in Kinderheilkunde vernachlässigt die sozialpädiatrischen Belange."

In der Diskussion auf dieser Tagung teilt Dr. HÄUSSLER, Stuttgart, mit, daß ca. 3o % der Untersuchungsbögen unvollständig ausgefüllt seien. Frau Dr. FLEHMIG, Hamburg, äußert auf der21. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde im Sommer 1972 dieselbe Kritik. Direktor BAUER, Hannover, stellt auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie 1972 mit, daß zum Teil nicht genügend Ärzte zur Verfügung stehen und Mütter durch lange Wartezeiten abgeschreckt würden. Zwar gibt Dr. FÖLSING im Tätigkeitsbericht 1972/73 bekannt, daß anfängliche Schwierigkeiten bei den VUen weitgehend behoben zu sein scheinen, doch sind genauere Angaben über bis heute eingetretene Änderungen in der einschlägigen Fachliteratur noch nicht erschienen.

Aus diesen Zitaten geht deutlich hervor, daß die Ärzte fachlich, personell und organisatorisch nur unzureichend auf die Früherkennungsuntersuchungen vorbereitet waren. Bei einem Teil der Ärzte, die - besonders interessiert - bereits an Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen haben, dürfte der fehlende Wissensstand inzwischen aufgeholt sein, sie dürften inzwischen auch die nötige Erfahrung für eine zuverlässige und sorgfältige Ausführung und Dokumentation der VUen haben. Wie aber steht es mit den Ärzten, die noch keine fortbildenden Veranstaltungen mitgemacht haben? Wie zuverlässig führen sie

die VUen durch, wie korrekt dokumentieren sie die Ergebnisse? Es sei in diesem Zusammenhang nochmals auf die schlechte Geburtsdokumentation hingewiesen, der wir bei der Durchführung dieser Studie begegnet sind.

Unter Wertung dieser Belege durch die Kinderärzte selbst erscheint die Kritik der Eltern an der flüchtigen, wenig sorgfältigen Durchführung der VUen als berechtigt. Die Eltern hatten ja meist die Kürze der Zeit und fast gleichbedeutend die mangelnde Sorgfalt kritisiert. Zwar ist der Zeitfaktor subjektiv recht unterschiedlich*), doch spricht für die Richtigkeit gerade der kurzen Zeitangaben von 4 - 5 Minuten, daß in der Diskussion der Kinderärzte um die VUen überhaupt die Frage nach der ausreichenden Zahl von Kinderärzten gestellt und von Engpässen berichtet wird (Vgl. dazu auch MAIER; DRUCKSACHE 7/454 sowie auch zahlreiche Artikel in Fachzeitschriften). Wenn nicht genügend Ärzte zur Verfügung stehen, so muß der Arbeitsanfall für den einzelnen Arzt größer werden; er muß zusätzlich zu seiner normalen Praxis bewältigt werden. Damit muß beinahe zwangsläufig die zur Verfügung stehende Zeit besonders für VUen absinken. In diesem Zusammenhang gewinnt der Ausspruch einer Mutter an Bedeutung, daß der Arzt sich Zeit nehme und gründlich untersuche, wenn das Kind krank ist, aber VUen sehr schnell

*) So meldete eine Mutter Zweifel an, ob innerhalb von 2o Minuten eine gründliche Untersuchung stattfinden könne, während andere von 4-5 Minuten Untersuchungszeit berichteten. Einige erzählten, daß das Untersuchungsheft dem Arzt schon halb ausgefüllt vorgelegt wurde. Wenn es auch von der Erfahrung eines Arztes abhängt, wieviel Zeit er benötigt, so sind 4-5 Minuten zu kurz.

mache. Nach Schätzungen, die anhand der Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der DRUCKSACHE 7/454 veröffentlicht wurden, liegt der Zeitaufwand pro Untersuchung bei bis zu 2o Minuten (mit Ausnahme von VU 1). "Bei diesen Zeitangaben ist dem durch den vorgeschriebenen Untersuchungsablauf bei Früherkennungsuntersuchungen bestimmten Umstand Rechnung getragen, daß der Untersuchende nicht nur eine körperliche Untersuchung, sondernauch entsprechend den Untersuchungsanleitungen eine anamnestische Befragung und eine die Untersuchung abschließende gesprächsweise Beratung vorzunehmen hat. Letztere hat naturgemäß bei den Kinderuntersuchungen größere Bedeutung und vermag nach Meinung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den verhältnismäßig großen Zeitaufwand, insbesondere der letzten Kinderuntersuchungen im 4. Lebensjahr (Nr. 7) zu erklären, bei der die weitere Entwicklung des Kindes erörtert werden muß." (DRUCKSACHE 7/454, S. 24).

Wenn die Untersuchungszeit unter diesen Angaben liegt, so muß entweder die Untersuchung selbst oder zumindest die eingehende Beratung zu kurz gekommen sein. An der Wahrhaftigkeit der elterlichen Antworten zu zweifeln, besteht kein Anlaß; zwar zeigte sich noch keine Tendenz, daß von der Durchführung der VUen enttäuschte Eltern von weiteren VUen abgehalten wurden oder sie wenigstens nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben, so ist dennoch dieser negative Effekt nicht auszuschließen. Auch muß bedacht werden, daß eine andere Zusammensetzung der Stichprobe mit Familien mit mehreren Kindern viel eher zu diesem Effekt führen würde, da zeitlich und durch größeren häuslichen Arbeitsanfall belastete Mütter sicher eher dazu neigen, Untersuchungen, von deren Qualität sie nicht überzeugt sind, nicht wahrzunehmen, als die Mütter unserer Untersuchung. Daher muß, wenn diese VUen sinnvoll bleiben sollen, auf größte Sorgfalt und ausreichende Beratung ohne Zeitdruck gedrungen werden.

4. Abschließende Betrachtung

Unter den Kinderärzten ist eine Diskussion in Gang gekommen um die Verbesserung der VUen sowohl inhaltlicher als auch technischer und organisatorischer Art . Von verschiedenen Seiten wird auch darauf hingewiesen, daß in den jetzigen Untersuchungen der Aspekt der primären Prävention noch viel zu wenig verfolgt wird. Zur inhaltlichen Diskussion sei auf den Aufsatz von SCHULTE (1973) sowie auch auf die auf pädiatrischen Kongressen und in Fachzeitschriften laufenden Diskussionsbeiträge verwiesen.

Dagegen soll noch etwas gesagt werden zu dem Problem der Konkurrenz zwischen Säuglingsfürsorge und den niedergelassenen Ärzten bzw. ihren standespolitischen Vertretern sowie auch zu der Frage, wie mehr Kinder erreicht werden und auch einer eventuell notwendigen Therapie zugeführt werden können. Der Kampf der Standespolitiker ging seit Beginn der Planung der Früherkennungsmaßnahmen vor allem darum, daß nur niedergelassene Ärzte (Kassenärzte) an ihrer Durchführung beteiligt sein sollten.

Auf dem Umschlag des Untersuchungsheftes wird aber den Eltern empfohlen, "Dieses Heft nur den behandelnden Ärzten und der zuständigen Krankenkasse vorzulegen. Andere Stellen oder Personen (z.B. Kindergarten, Schule) haben keinen Anspruch auf Einsichtnahme." Fürsorgeärzte, die ja nicht zu den behandelnden Ärzten zählen, und speziell auch die Ärzte in der Säuglingsfürsorge werden in der Tendenz ebenso wie die Schulärzte durch diesen Hinweis ausgeschlossen. Dies geht auch aus einer Diskussion zwischen LENK-OSTENDORF, einem Kinderarzt, und MAIER, einem Fürsorgearzt, hervor. LENK-OSTENDORF sprach die Meinung aus, daß durch

die Früherkennungsuntersuchungen die Säuglingsfürsorgen überflüssig geworden seien. Dem widersprach MAIER vor allem auch deshalb, weil die Früherkennungsuntersuchungen nur einen Teil der Prävention ausmachen. Bis heute ist es so, daß die Säuglingsfürsorge zuständig ist und über langjährige Erfahrung verfügt in der Beratung der Eltern in Fragen von Ernährung, Pflege usw., was viele der niedergelassenen Kinderärzte erst lernen müssen. Notfalls kann die Säuglingsfürsorge bei Familien in schwierigen Situationen Sozialarbeiter zur Beratung und Hilfestellung einsetzen.

Ein weiterer Vorteil der Fürsorge liegt in der besseren apparativen Ausrüstung für Seh- und Hörprüfungen; durch Reihenuntersuchungen können wichtige epidemiologische Aussagen gemacht werden.

Daß die Säuglingsfürsorge noch eine wichtige Rolle spielt, dafür spricht auch unser Ergebnis, daß über 2/3 der Eltern wenigstens 3 mal die Säuglingsfürsorge zu vorsorglichen Untersuchungen aufsuchten und mehr als 1/3 der Eltern dort auch wenigstens eine VU durchführen ließen.

Obwohl die Beteiligung der Eltern an den Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und ihre Motivation recht hoch war, muß vor überhöhten Erwartungen gewarnt werden. Denn es ist zu erwarten, daß im Kleinkindesalter mit mehr Sicherheit der Eltern weniger VUen durchgeführt werden.

Entsprechende Hinweise gab SCHOLZ, ein erfahrener Berliner Fürsorgearzt, schon 1968. Er führt als Beispiel für zu hohe Erwartungen das Jugendarbeitsschutzgesetz, die Kieler Vierjährigenuntersuchung und die

dänischen Kleinkinderuntersuchungen*) an. Bei allen diesen Maßnahmen konnte nie eine größere Beteiligung an den Untersuchungen als maximal 5o % erreicht werden, trotz Beteiligung der niedergelassenen Ärzte und trotz freier Arztwahl. Auch die Effektivität der Untersuchungen war nicht besonders groß. So wurde festgestellt, daß erkannte Schäden nicht häufig behandelt wurden, daß Schäden auch gar nicht entdeckt werden konnten mangels geeigneter Untersuchungsgeräte und daß sogar die Anzahl behandelter Schäden bei untersuchten und nicht-untersuchten Kindern gleich war.

Die Frage nach der Effektivität muß auch bei den Früherkennungsuntersuchungen gestellt werden, da es bisher noch keine Kontrolluntersuchungen gibt. Die Effektivität der VUen kann, wie wir meinen, inhaltlich und organisatorisch durch eine bessere Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit der Säuglingsfürsorge gesteigert werden.

So schlug SCHOLZ (1968) z.B. eine enge Zusammenarbeit und Arbeitsteilung vor:

*) In Dänemark wurden schon 1946 mit dem Gesetz Nr.236 kostenlose ärztliche Kinderuntersuchungen eingeführt, die wahlweise vom Hausarzt und der Fürsorgestelle durchgeführt werden können. Drei Gesundheitsuntersuchungen sollen im ersten Lebensjahr, danach jährlich eine bis zur Einschulung durchgeführt werden. Die Unterlagen und Ergebnisse dieser Untersuchungen werden dokumentiert und können dem Schularzt zur Verfügung gestellt werden. (Vgl. JANTZEN, 1963).

"Dabei soll jeder Partner die Aufgaben übertragen bekommen, für deren Erfüllung er die besten Voraussetzungen mitbringt. Das erforderte für eine rationelle, umfassende Gesundheitsvorsorge im Vorschulalter die Untergliederung in 3 Phasen:
1. Das 'mass-screening', das Heraussieben der Krankheitsverdächtigen
2. Die Sicherung der Verdachtsdiagnosen
3. Die Sorge für die Behandlung und Habilitierung der behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder."

Das erste Heraussieben der Krankheitsverdächtigen sollte nach SCHOLZ das Gesundheitsamt übernehmen. Weiter könnten die Eltern, die nicht erscheinen, von Sozialarbeitern besucht werden, es könnten Einladungen verschickt werden, schließlich könnten die Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst auch überprüfen, ob eine notwendige Therapie eingeleitet wurde. Diese Möglichkeit besteht beim niedergelassenen Arzt nicht, denn er darf Patienten nicht auffordern, sich weiter behandeln zu lassen, wenn sie nicht mehr kommen. Aufgabe der niedergelassenen Ärzte wäre es dann, die Verdachtsdiagnose zu sichern durch weitere Diagnostik oder sofort die Therapie einzuleiten und zu überwachen sowie die Eltern angemessen zu beraten.

Diese Ausführungen von SCHOLZ sollten in die Diskussion von den Kinderärzten einbezogen werden. Ob sie in der Praxis verwirklicht werden können, und welchen Modifizierungen sie unterliegen müßten, sollte untersucht werden. Bis dahin wäre es wünschenswert, wenn die Säuglingsfürsorgen sich verstärkt um die Kinder in Kindergärten und Krippen, Heimen usw. kümmern würden.

Auch von den Kinderärzten liegen inzwischen einige Vorschläge vor, wie mehr Kinder erreichtwerden könnten. Unter anderem werden Prämien für die Mütter vorgeschlagen oder Kindergartenplatzvergabe nur an Mütter, die ein vollständiges Untersuchungsheft vorweisen können usw. Von vielen Kinderärzten wurden inzwischen beson-

dere Termine für Vorsorgeuntersuchungen eingeführt. Auch diese Maßnahme kann zu einer Situationsverbesserung beitragen. Am wichtigsten und wünschenswertesten im Interesse der Kinder wäre aber eine enge Zusammenarbeit zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und niedergelassenen Ärzten sowie eine Bemühung aller Ärzte um besondere Sorgfalt und besondere Bemühungen um die Beratung der Eltern.

C.II. Rachitis-Prophylaxe

Der Wert und die Wichtigkeit der Rachitis-Prophylaxe ist unumstritten. Seit iherer systematischen Durchführung seit Ende der 3oiger Jahre*) ist die Zahl der an Rachitis erkrankten Kinder stark zurückgegangen. Doch muß nach wie vor mit dem Auftreten der Rachitis gerechnet werden, und ihren Folgekrankheiten. Über die Form der Rachitis-Prophylaxe gingen lange Zeit die Meinungen auseinander (Vgl. HELLBRÜGGE u. PECHSTEIN, 1966). Diskutiert wurden neben allgemeinhygienischen Maßnahmen wie Wohnungs- und Städtebau, Lichtzufuhr usw. vor allem die Stoßprophylaxe, die Vitaminierung der Trinkmilch sowie die protrahierte Vitamin D-Gabe. Der letzte Stand ist im Merkblatt der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie festgehalten (HARTUNG, 1973). Es wird die kontinuierliche -protrahierte- Vitamin D-Gabe der Stoßprophylaxe vorgezogen, weil sie am besten den physiologischen Bedürfnissen des Kindes entspricht. Da sie aber eine gewissenhafte Verabreichung durch die Mutter voraussetzt, soll der Arzt bei ihr Verständnis wecken und das Kind regelmäßig überwachen. Die Stoßprophylaxe soll den Fällen vorbehalten bleiben, in denen aufgrund verschiedener Faktoren, vor allem aber der sozialen Stellung der Eltern, die protrahierte Prophylaxe nicht gewährleistet erscheint.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Eltern in Frage 2 des Fragebogens gefragt, ob ihr Kind regelmäßig Vitamin D bekommen habe. Wir unterschieden nicht die Form, in der das Kind Vitamin D erhalten hat, da sie nicht Entscheidung der Eltern ist. Für diese Arbeit war es vor

*) Vgl. auch den Runderlaß des Innenministeriums vom 9.11.1939 und seine Ausführungsbestimmungen (RMBliV, S. 2230), zit. nach HELLBRÜGGE u. PECHSTEIN, 1966 c, S. 802

allem wichtig, die Zahl der Kinder, die nicht ausreichend Vitamin D bekommen haben, herauszufinden. Es wurde angenommen, daß diese Kinder überwiegend aus Familien mit niedrigem Sozialstatus kommen.

1. Ergebnisse

Wie Tab. 27 zeigt, haben nach Angaben der Eltern nur 9 Kinder kein Vitamin D erhalten und 3 Eltern wußten das nicht mehr. In der Annahme, daß im Zweifelsfall alle 12 Kinder nicht regelmäßig Vitamin D bekamen, wurden beide Gruppen zusammengefaßt. Damit stehen 2,4 % Kinder 97,6 % gegenüber, die regelmäßig Vitamin D erhalten haben.

Tabelle 27: Vitamin D-Gabe

	N	%
Ja, regelmäßig	482	97,6
Nein, nicht regelmäßig	9	1,8
Nicht bekannt	3	o,6
	494	1oo,o

1o der 12 Kinder, die kein Vitamin D bekommen haben, stammen aus den niedrigen Funktionsgruppen 0 - 3. Der Unterschied ist signifikant*). Entsprechend diesem sozialen Unterschied sind 11 der Mütter höchstens 25 Jahre alt (7 von ihnen sogar nur höchstens 22 Jahre alt) und haben eine Ausbildung, die höchstens einer Lehre entspricht.

Die Kinder, die kein Vitamin D erhalten haben, sind in ihrer körperlichen Entwicklung bei der Geburt und später sowie in ihrer Krankheitshäufigkeit statistisch nicht aufgefallen.

*) Chi-Quadrat = 5,8229 mit 1 Freiheitsgrad sign.= o,o158
Cont. Coeff. = o,12o9, N = 494

2. Diskussion der Ergebnisse

97,6 % der Kinder unserer Untersuchung haben nach Angaben ihrer Eltern regelmäßig im ganzen ersten Lebensjahr Vitamin D erhalten. Dieser Prozentsatz ist viel höher als der, den WEIDTMANN (1969) angibt. Er kontrollierte die Einhaltung der in Mütterberatungen verordneten protrahierten Rachitis-Prophylaxe bei 217 Eltern. 2o % der Kinder seiner Untersuchung erhielten weniger als die Hälfte der vorgeschriebenen Dosis, 1o % der Kinder nur ein Fünftel und 5 % weniger als ein Zehntel. Die Zuverlässigkeit der Durchführung der Prophylaxe stieg mit dem Bildungsgrad und der sozialen Stellung der Eltern, sie sank mit ansteigender Kinderzahl und bei niedrigem Alter der Mütter.

Hinweise auf soziale Unterschiede in der Zuverlässigkeit der Vitamin D-Gabe sind auch in unserer Untersuchung vorhanden. So lebten 1o der 12 Kinder, die nicht ausreichend Vitamin D bekamen, in Familien aus niedrigen Funktionsgruppen, die Mütter sind jünger und schlechter ausgebildet.

In unserer Stichprobe handelt es sich um eine Extremgruppe einer speziellen Stichprobe; Extremgruppe, weil die meisten Kinder aus niedrigen Funktionsgruppen Vitamin D erhielten, und spezielle Stichprobe, da nur erstgeborene deutsche Kinder erfaßt wurden. Es muß daher angenommen werden, daß bei Einbeziehung ausländischer Kinder und Familien mit mehreren Kindern sich das Ergebnis verschlechtern würde und die sozialen Unterschiede deutlicher hervorträten. Welche Ursachen gibt es dafür?

Anzunehmen wäre, daß es sich um Eltern handelt, die insgesamt selten vorsorgliche Arztbesuche machen. Für unsere Stichprobe ist das auszuschließen; denn nur 3 der

Eltern, deren Kinder nicht genügend Vitamin D erhielten, gaben an, daß sie nie in der Säuglingsfürsorge waren und 1 Elternpaar nie vorsorglich beim niedergelassenen Arzt; 3 Elternpaare gaben an, daß sie mindestens 1o mal bei Arzt bzw. Säuglingsfürsorge waren, 1o Elternpaare nannten 3 - 9 vorsorgliche Besuche bei Arzt bzw. Säuglingsfürsorge. In der ganzen Stichprobe (N = 495) gab es nur ein Elternpaar, das weder bei Säuglingsfürsorge noch Arzt vorsorglich war. Die meisten Eltern waren bei beiden Stellen, so auch diese 12 Eltern. Wenn diese Eltern nun öfter bei Arzt und/oder Säuglingsfürsorge waren, dann ist zu fragen, ob sie dort nicht genügend auf die Wichtigkeit der Rachitis-Prophylaxe hingewiesen wurden oder trotz der Hinweise unzuverlässig waren. Diesem Problem sollte in weiteren Untersuchungen nachgegangen werden!

Es ist allerdings fraglich, ob die 12 Kinder tatsächlich nicht genügend Vitamin D bekommen haben, denn wir konnten bei diesen Kindern keine Unterschiede in der körperlichen Verfassung und ihrer Krankheitshäufigkeit feststellen. 4 der Kinder hatten wir beim Hausbesuch selbst untersucht, bei ihnen waren keine Skelettauffälligkeiten zu beobachten, die auf Rachitis hinweisen. Allerdings konnten wir weder serologische noch röntgenologische Untersuchungen für einen eindeutigen Beweis machen. Eine leichtere Form der Rachitis ist weder bei diesen Kindern noch bei den anderen mit Sicherheit auszuschließen. Denn ob alle Mütter, die im Fragebogen angaben, daß ihr Kind regelmäßig Vitamin D bekommen hat, ihm auch wirklich regelmäßig und in der vorgeschriebenen Dosis Vitamin D gegeben haben, konnten wir nicht überprüfen. Da die Eltern aber sonst recht zuverlässig für präventive Maßnahmen gesorgt haben, ist auch hier eine Zuverlässigkeit recht wahrscheinlich.

C.III. S c h u t z i m p f u n g e n

Ohne Zweifel haben die Schutzimpfungen dazu beigetragen, die Mortalität und Morbidität mit ihren Folgen erheblich zu senken. Diphtherie-, Tetanus-, Pertussis- und Polio-Impfungen (DPT-Polio) werden sinnvoll heute allgemein schon im Säuglingsalter durchgeführt, um die Kinder im anfälligsten und gefährdetsten Alter vor diesen Krankheiten zu schützen. Um diesen Schutz aufrecht zu erhalten, muß ein möglichst hoher Durchimpfungsgrad in der Bevölkerung bestehen. Er kann nur erreicht werden, wenn die Impfungen entweder gesetzlich vorgeschrieben und kostenlos oder bei den Eltern das Wissen um die Notwendigkeit der Impfungen und ihre Bereitschaft vorhanden sind. In der BRD sind diese Impfungen nicht Pflicht, werden aber kostenlos von der Säuglingsfürsorgestelle durchgeführt. Aus organisatorischen Gründen wurden bestimmte Termine eingeführt, die es leider mit sich bringen, daß immer wieder Kinder wegen akuter Krankheit oder sonstiger familiärer Behinderung nicht ausreichend und in den vorgeschriebenen Abständen geimpft werden können.

Die Grundimmunisierung mit Diphtherie- und Tetanusimpfstoff soll mindestens 2 mal im Abstand von 4 bis 6 Wochen, die mit Polio-Impfstoff nach Sabin 2 mal im Abstand von 2 bis 3 Monaten stattfinden. Nur für die Pertussis-Impfung sind 3 Dosen im Abstand von 4 bis 6 Wochen erforderlich (NIGGEMEYER, HANSEN sowie WINDORFER, (alle 1966); BÖSEL u. HARTUNG, 1975). Im allgemeinen werden in der Berliner Säuglingsfürsorge 3 Impfungen mit DPT-Impfstoff durchgeführt. Bei der 1. und 3. Impfung erfolgt zusätzlich die Polio-Impfung.

Die Angaben der Eltern zu den Schutzimpfungen erhielten wir aus Frage 3 des Fragebogens. Der Einfachheit des Ausfüllens wegen und weil anzunehmen ist, daß der Arzt

nur dann impft, wenn der Abstand nicht zu groß ist, und weil in Berlin im allgemeinen Adsorbat- und Sabin-Impfstoff verwendet wird, wurde auf die Angabe des Impfstoffes sowie der Zeitabstände verzichtet.

Anhand der Antworten der Eltern sollen der Durchimpfungsgrad der einjährigen Kinder festgestellt und Einflüsse der sozialen Lebensverhältnisse und des Gesundheitsstandes der Kinder aufgedeckt werden. Es wurde angenommen, daß eher Kinder aus ungünstigen sozialen Lebensverhältnissen keinen ausreichenden Impfschutz haben.

Wir nahmen an, daß ein Kind mit 2 Impfungen gegen DT-Polio einen Impfschutz erwerben konnte (vgl. auch SCHOLZ, 1972). Für die Pertussis-Impfung sind an sich 3 Impfungen notwendig, wir waren aber aus statistischen Gründen mit 2 Impfungen zufrieden, weil gerade bei dieser Impfung die meisten Komplikationen auftreten und daher oft auf eine weitere Impfung verzichtet werden muß.

1. Ergebnisse

Die Eltern sollten für die Beantwortung der Frage 3 des Fragebogens nur ihr Impfbuch zur Hand nehmen und mit seiner Hilfe die Frage ausfüllen. Leider gab es hierbei einige Mißverständnisse seitens der Eltern. So gaben 2 Eltern z.B. an, daß ihr Kind 6 mal gegen Kinderlähmung geimpft wurde. Wahrscheinlich meinten die Eltern 2 Impfungen mit trivalentem Impfstoff. Die gleichen Fehler wurden auch von 2 Eltern gemacht bei den anderen Impfungen. Da es sich nur um so wenige Eltern handelte verfuhren wir so, als hätten sie immer jeweils 2 Impfungen angegeben.

Nach dieser Korrektur zeigte sich, daß der Durch-

impfungsgrad bei den einjährigen Kindern unserer Stichprobe sehr hoch ist (Tab. 28).

Tabelle 28: Schutzimpfungen (in %)

Impfung	2 mal und öfter	1 mal	0 mal
Diphtherie	83,4	7,7	8,9
Tetanus	83,o	7,9	9,1
Pertussis	8o,3*)	7,2	12,4
Polio	78,9	8,5	12,6

N = 483**)

Anschließend wurden Gruppen nach den am häufigsten vorkommenden Impf-Kombinationen gebildet, anhand deren später ein Anhaltspunkt für die Impfbereitschaft der Eltern erhalten werden sollte. Tabelle 29 zeigt die Verteilung der einzelnen Impfkombinationen.

Tabelle 29: Impf-Kombinationen

Kombination	Anzahl Impfungen	N	%
DPT-Polio	2 mal und öfter	37o	78,4
DT-Polio	2 " " " Pert.Ood.1mal	13	2,7
DPT-	2 " " " Polio 0 mal	12	2,5
DPT	2 " " " Polio 1 "	16	3,4
DT	2 " " " P-PolioOod.1m.	1	o,2
DPT-Polio	1 mal	22	4,7
DPT-Polio	0 "	38	8,1
		472	1oo,o

*) 74,9 % der Kinder wurden 3 mal gegen Pertussis geimpft.

**) Von 12 Kindern fehlen die Angaben zu den Impfungen in Frage 3 des Fragebogens.

Die Angaben beziehen sich nur auf 472 Kinder, da von 12 Kindern keine Angaben vorhanden sind, und von weiteren 11 Kindern keine vollständigen, auswertbaren Daten vorliegen. Es handelt sich um Kinder, die nur gegen Wundstarrkrampf geimpft wurden, oder um Kinder, deren Eltern die Frage nicht eindeutig beantwortet hatten. Deshalb wurden sie ausgeschlossen.

Aus medizinischer Sicht optimal geimpft sind 81,1 % der Kinder, in Tabelle 29 die ersten beiden Gruppen. Es folgen 3 Gruppen von zusammen 6,1 % der Kinder, die nur gegen Diphtherie und Tetanus ausreichend immunisiert wurden. Diese Gruppe wurde später mit den ersten beiden zusammengefaßt, da auch diese Eltern eine Impfbereitschaft gezeigt hatten, sie waren mindestens 2 mal zu Impfterminen gegangen. Auch zeigte sich statistisch kein anderes Ergebnis bei späteren Berechnungen als bei der Zusammenfassung der Gruppen.

Die letzten beiden Gruppen von zusammen 12,8 % faßten wir zusammen, da diese Kinder überhaupt keinen Impfschutz haben und ihre Eltern höchstens einmal zum Impfen gegangen waren, also wenig aktiv hinsichtlich der Impfungen waren. Die Gruppen könnten sich unterscheiden im Hinblick auf Gesundheitszustand des Kindes, Krankheitsdauer, Impfreaktionen usw. Trotz dieser möglichen Unterschiede war die Zusammenfassung nicht zuletzt auch aus statistischen Gründen sinnvoll.

Anhand der verschiedenen Impf-Kombinationen wurden 2 Gruppen gebildet, um die Impfbereitschaft der Eltern zu messen und zu vergleichen. Denn für einen ausreichenden Impfschutz der Kinder sind die Eltern verantwortlich, nur sie können das Kind zum Arzt bringen. Wir nahmen eine Impfbereitschaft der Eltern an, wenn die Eltern mindestens 2 mal ihr Kind zum Impfen ge-

bracht hatten, machten sie aber nicht dafür verantwortlich, wenn ihr Kind nicht vollständig gegen Polio oder Pertussis geimpft war. Dies traf auf 87,2 % der Eltern zu. Bei 6o Eltern ist keine Impfbereitschaft anzunehmen, da sie entweder nicht oder nur 1 mal zum Impfen gegangen waren. Das sind 12,8 %.

Diese Einteilung wurde im weiteren dazu benutzt, Unterschiede zwischen geimpften und nicht geimpften Kindern hinsichtlich ihrer sozialen Herkunft sowie ihres Gesundheits- und Entwicklungsstandes festzustellen.

Wie Tabelle 3o zeigt, sind überdurchschnittlich viele Kinder aus den unteren Funktionsgruppen nicht ausreichend geimpft worden im Verhältnis zu denen aus den hohen Funktionsgruppen.

Tabelle 3o: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Impfbereitschaft

Impfbereitschaft	Funktionsgruppen				
	0 - 2	3	4 + 5	6	7 - 9
Ja	65	1o1	113	54	79
Nein	23	19	8	7	3
N = 472	88	12o	121	61	82

Chi-Quadrat = 25,546 mit 4 Freiheitsgraden sign. = o,ooo
Cont. Coeff. = o,227

Diesem Ergebnis entsprechend war eine Impfbereitschaft der Eltern mit hohem Einkommen*) der Eltern und höherem Alter der Mütter verbunden. So waren die Mütter mit Impfbereitschaft durchschnittlich um etwa 2,3 Jahre älter mit einem Alter von 26,9 Jahren**).

*) Chi-Quadrat = 11,6o mit 2 Freiheitsgraden sign. = o,oo3
Cont. Coeff. = o,1558, N = 466

**) Der t-Test war mit t = 3,6588 bei N = 471 und alpha = o,oo1 bei 2 Gruppen signifikant.

Es sind auch eher die alleinstehenden Mütter, die ihr Kind nicht ausreichend impfen ließen*).

Es wurde überprüft, ob Kinder wegen akuter Krankheiten, langem Kinderkrankenhausaufenthalt oder anderen medizinischen Gründen nicht geimpft werden konnten. Es konnte kein Zusammenhang gefunden werden zwischen der Impfbereitschaft der Eltern und einem Geburtsrisiko, Defekten oder Behinderungen des Kindes nach den Fragebogenantworten der Eltern. Auch das Infektionsrisiko, dem die Kinder im ersten Lebensjahr ausgesetzt waren, die körperliche und psycho-soziale Entwicklung der Kinder waren gleich.

Nur 5 der nicht geimpften Kinder waren nach der Geburt im Kinderkrankenhaus; im ganzen ersten Lebensjahr waren 17 der 55 nicht geimpften Kinder, von denen die Angaben zum Krankenhausaufenthalt vorhanden sind, in Krankenhausbehandlung. Der durchschnittliche Aufenthalt betrug 2,9 Wochen gegenüber o,8 Wochen bei den geimpften Kindern**). In den Durchschnittswerten der Häufigkeit der Erkrankung an Schnupfen, Husten sowie der Summe aller Krankheiten unterscheiden sich die Kinder beider Gruppen nicht. Dagegen hatten die nicht geimpften Kinder durchschnittlich 1,62 gastrointestinale Infekte gegenüber 1,o6 bei den geimpften Kindern**).

*) Chi-Quadrat = 5,975 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,o145
Cont.Coeff. = o,1238, N = 469

**) t-Tests: Impfbereitschaft mit a) Kinderkrankenhaus im 1. Lebensjahr t = 2,929, alpha = o,oo1, N = 465
b) Gastrointestinale Infekte t = 2,1516, alpha = o,oo1, N = 472

2. Diskussion der Ergebnisse

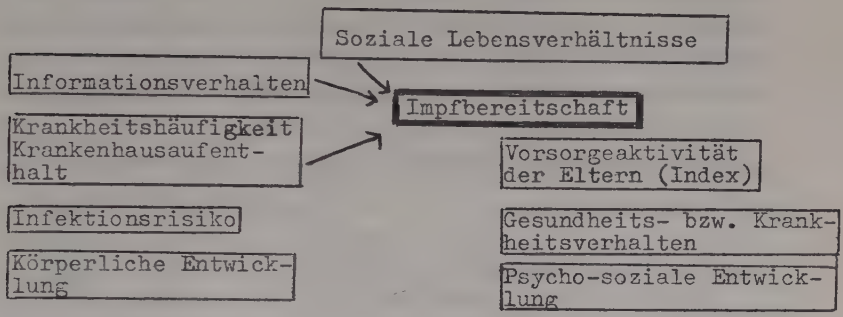
Vergleichbare Zahlen liegen nicht vor, da die öffentlichen Statistiken bisher nur eine Zählung der Einzelimpfung vornahmen und sich ausschließlich auf die in den Säuglingsfürsorgestellen vorgenommenen Impfungen bezogen; seit 1972 wird in Berlin diese Statistik umgestellt*), hat aber noch nicht zu vergleichbaren Daten für den Zeitraum unserer Untersuchung geführt. SCHOLZ gibt für die DT-Grundimmunisierung der 1963 geborenen Kinder bei der Einschulungsuntersuchung ca. 77 % an. Das entsprechende Ergebnis unserer Untersuchung liegt bei gut 87 %. Dieses gute Ergebnis ist wie bei den Früherkennungsuntersuchungen besonders auf die Zusammensetzung dieser Stichprobe zurückzuführen. Es ist damit zu rechnen, daß das Ergebnis sich bei anderen Stichproben verschlechtern würde.

Trotz dieses guten Ergebnisses muß gefragt werden, warum 13 % der Kinder nicht geimpft wurden und worin sie bzw. ihre Eltern sich von den geimpften Kindern unterscheiden.

Tafel 4 verdeutlicht die gefundenen Beziehungen. Pfeile wurden nur bei statistisch signifikanten Ergebnissen eingezeichnet.

*) Persönliche Mitteilung von Dr. STÜRZBECHER, beim Senator für Gesundheit und Umweltschutz

Tafel 4: Untersuchte Beziehungen zur Impfbereitschaft der Eltern



Die wichtigsten und deutlichsten Beziehungen bestehen zu den sozialen Lebensverhältnissen der Familie. Hohe Verfügungsgewalt des Vaters an seinem Arbeitsplatz, höheres Alter der Mutter und bessere Berufsausbildung beeinflussen die Impfbereitschaft und damit den Impfschutz der Kinder positiv.

Ähnliche Ergebnisse berichten auch amerikanische Untersucher*); YANKAUER u. Mitarbeiter stellen fest, daß schon bei 3 bis 6 Monate alten Kindern ein Unterschied nachzuweisen ist. So ist allgemein bei ca. 75 % der Kinder die DPT-Grundimmunisierung begonnen worden, bei der sozial schlechtesten Gruppe aber nur bei ca. 5o % der Kinder. MORRIS u. Mitarbeiter berichten, daß Kinder umso öfter geimpft sind, je besser die Ausbildung der Eltern und die berufliche Stellung des Vaters ist. Je mehr Kinder aber eine Familie hat, desto weniger häufig wurden die Kinder geimpft. Ein anderer Aspekt betraf das Verhalten der Mütter während der Schwangerschaft. So ließen Mütter, die bereits früh in der Schwangerenvorsorge sich betreuen ließen, ihre Kinder auch öfter impfen. Zum Informationsverhalten der Mütter in Fragen der Gesund-

*) GALLAGHER, 1967; MINDLIN u. DENSEN, 1971.

heit fanden sie keinen Zusammenhang. Dagegen kommt dem ständigen Arzt des Kindes eine Bedeutung zu: Kinder, die von einem niedergelassenen Arzt ständig betreut wurden, hatten die vollständige Impfserie in früherem Alter, während das nur für einen kleinen Teil der in den öffentlichen Fürsorgestellen betreuten Kinder galt.

Wir haben selbst zwar keine Angaben, welcher Arzt die Impfungen durchgeführt hat, müssen aber annehmen, daß in Berlin die meisten Impfungen in der Säuglingsfürsorge stattgefunden haben, da sie nur dort kostenlos sind.

Nach PRINZ u. Mitarbeitern(1973) sind Kinder der Oberschicht im Alter zwischen 3 Monaten und 1 3/4 Jahren im Durchschnitt gegen 1 Krankheit mehr geimpft als gleichaltrige Kinder aus der Unterschicht. Die Unterschiede verringern sich nur bei den Impfungen, zu denen die Eltern schriftlich aufgefordert wurden (Polio, Pocken). Impfwiderstände, wie sie immer wieder angeführt werden, beobachteten sie nur bei 5 % der Mütter aller sozialen Schichten. Inwieweit dabei eine Erkrankung des Kindes im Anschluß an eine Impfung eine Rolle spielt, konnte nicht geklärt werden.

Wie kommt nun dieser soziale Unterschied zustande?

Wir haben festgestellt, daß die nicht ausreichend geimpften Kinder länger im Krankenhaus waren und mehr gastro-intestinale Infekte hatten. Wir wissen zwar nicht, in welchem Alter die Kinder im Krankenhaus oder krank waren, und können daher auch nicht ausschließen, daß die Krankheiten gerade in die Zeiten der öffentlichen Impftermine fielen, müssen aber annehmen, daß nur ein kleiner Teil dieser Kinder aus diesem Grunde nicht geimpft werden konnten. Denn der Zeitraum für diese

Impfungen erstreckte sich über ca. 8 Monate (frühester Impftermin 3. Monat, Alter der Kinder bei der Beantwortung des Fragebogens über 11 Monate), in denen mindestens 2 Impftermine wahrgenommen werden sollten. Außerdem waren 38 der nicht-geimpften Kinder nie im Kinderkrankenhaus. Auch ist anzunehmen, daß nicht alle Kinder wegen Durchfallerkrankungen zurückgestellt werden mußten. Dafür spricht, daß keine Unterschiede im Geburtsrisiko bzw. Defekten und Behinderungen sowie in der körperlichen und psychosozialen Entwicklung festzustellen waren.

Auszuschließen ist aber auch, daß diese Mütter an Präventivmaßnahmen nicht teilnehmen. Dies gilt nur für die 8 Mütter, die die niedrigste Stufe des Aktivitätsindexes (S. 148 ff.) erhalten haben; alle anderen 44 Mütter sind in der mittleren Aktivitätsgruppe eingeordnet, d. h. daß sie entweder beide Früherkennungsuntersuchungen und 5 bis 9 vorsorgliche Arztbesuche gemacht haben oder nur eine Früherkennungsuntersuchung, aber mindestens 1o vorsorgliche Arztbesuche. Daß über die Hälfte der Mütter beide Früherkennungsuntersuchungen und mindestens 1o vorsorgliche Arztbesuche machten, zeigt ihr Bemühen um eine präventive Versorgung ihrer Kinder; sie fielen nicht in die höchste Aktivitätsgruppe wegen der fehlenden Impfungen.

In der Studie der GfG 'Die Situation der werdenden Mütter' findet sich der Hinweis, daß schwangere Frauen der Oberschicht genauer über Impfpflichten und Impftermine informiert sind als die der Unter- und Mittelschicht. Das bestätigt sich in unserer Untersuchung insoweit, als Mütter, die sich aktiv *) zu informieren suchen, aus höheren Funktionsgruppen kommen und ihre Kinder zum größten Teil ausreichend geimpft wa-

*) Aktiv heißt, daß Massenmedien im weitesten Sinne von den Müttern zur Information herangezogen werden (S.162ff.).

ren. Wenn die Mütter nun nicht wissen, wann und wogegen ihr Kind geimpft werden soll, ist es nicht verwunderlich, daß sie ihr Kind nicht impfen lassen. Entsprechend ihrer schlechten Ausbildung, ihrem niedrigen Alter und ihren überhaupt schlechteren Lebensbedingungen verfügen die Mütter über weniger Möglichkeiten, sich diese Informationen zu beschaffen. Da sie aber zum größten Teil vorsorgliche Besuche bei Arzt und Säuglingsfürsorge gemacht haben, muß weiter gefragt werden, ob dann nicht vielleicht niedergelassener oder Säuglingsfürsorgearzt es versäumt hat, die Mütter genau über die Bedeutung der Impfungen sowie auch über die Impftermine zu informieren. Über Probleme des Arzt-Patienten-Verhältnisses, das sich hier auswirken kann, soll in einem späteren Kapitel mehr gesagt werden (S. 139 f.).

Für das Problem der Impfung und die Frage, wie mehr Eltern erreicht werden können, bieten sich mehrere Lösungsmöglichkeiten an. Es wäre vorzuschlagen, daß alle Eltern schriftlich zu den Impfterminen aufgefordert werden, wie es in Berlin geschieht, wobei in den Mitteilungen auch auf die Bedeutung der Impfungen hingewiesen werden sollte. Zu überlegen ist auch, ob mehr Impftermine eingeführt werden sollten, damit akut kranke Kinder nach ihrer Gesundung sofort geimpft werden können, oder ob in solchen Fällen die niedergelassenen Ärzte die Impfungen kostenlos durchführen sollten. Auf jeden Fall sollte auch hier eine Absprache zwischen Säuglingsfürsorge und niedergelassenem Arzt getroffen werden. Ferner sollten Ärzte in der Säuglingsfürsorge und niedergelassene Ärzte bei jedem vorsorglichen Besuch die Mütter eindringlich auf die Impfungen aufmerksam machen, sich öfter auch das Impfbuch vorzeigen lassen . Evtl. sollten die erfolgten Impfungen auch in das Vorsorgeheft für Kinder eingetragen werden. Nur mit derartigen Mitteln erscheint es als möglich, die Impfbe-

reitschaft bei den Eltern zu erhöhen und den Informationsvorsprung der Eltern aus günstigen sozialen Lebensverhältnissen auszugleichen. Eltern, die dann noch immer nicht die Impfungen wahrnehmen, sollten wiederholt schriftlich aufgefordert werden.

C.IV. Vorsorgebesuche bei Arzt bzw. Säuglingsfürsorge und Einstellung und Kritik der Eltern

Wir sind der Meinung, daß die 5 Früherkennungsuntersuchungen sowie die Schutzimpfungen für eine umfassende präventive Versorgung der Kinder im ersten Lebensjahr ein Minimum darstellen. Daher fragten wir die Eltern, wie oft sie etwa beim niedergelassenen Arzt und bzw. oder bei der Säuglingsfürsorge waren, ohne daß ihr Kind krank war.

Damit wollten wir uns einen Überblick über die Häufigkeit von Vorsorgebesuchen verschaffen und feststellen, ob es soziale Unterschiede gibt. Wir nahmen an, daß Mütter aus günstigen sozialen Lebensverhältnissen häufiger Vorsorgebesuche machen als solche aus schlechteren. Dabei werden die Häufigkeit der Vorsorgebesuche bei Arzt und Säuglingsfürsorge addiert.

Die zweite Fragestellung galt Unterschieden der Inanspruchnahme der beiden Institutionen. Wir nahmen an, daß Mütter aus besseren sozialen Verhältnissen eher und häufiger zum niedergelassenen Arzt gehen, während Mütter aus schlechteren sozialen Verhältnissen verstärkt bei der Säuglingsfürsorge zu finden sind. In einem weiteren Teil wird untersucht, welche Meinung Eltern von Arzt bzw. Säuglingsfürsorge haben und welche Kritik sie üben. Auch hier wird nach sozialen Einflüssen auf die Art der Kritik gesucht, aber auch, ob die Einstellung die Häufigkeit der Vorsorgebesuche beeinflußt. Dabei wird auch auf das Arzt-Patienten-Verhältnis eingegangen.

Vorbemerkung zur Auswertung

Bevor die Ergebnisse im einzelnen dargestellt werden,

muß noch etwas zur Auswertung gesagt werden, damit die Ergebnisse von vornherein entsprechend eingeschätzt werden können. Die Daten stammen aus den Fragen 4 (zur Säuglingsfürsorge) und 5 (zum niedergelassenen Arzt) des Fragebogens sowie aus den Fragen 19 - 21 des Interviews (Einstellung und Kritik).

Leider waren die Fragen im Fragebogen unterschiedlich gestellt. Für die Säuglingsfürsorge waren Häufigkeitsgruppen vorgegeben, während die Eltern die Häufigkeit der Vorsorgebesuche beim Arzt selbst einsetzen mußten. Manche Eltern gaben hier keine exakten Zahlen an, sondern z.B. 5 - 7 Besuche oder auch 3 - 4. Bei der Auswertung wurde stets die höchste genannte Zahl bewertet. Vorwiegend für eine bessere Vergleichbarkeit der Angaben wurde die Häufigkeit der Besuche beim Arzt in die gleichen Gruppen eingeordnet, wie sie bei der Säuglingsfürsorge vorgegeben waren. Angaben wie "ständig" wurden nicht gewertet.

Bei der Zusammenfassung der Besuche bei Arzt und Säuglingsfürsorge wurden auch für die Säuglingsfürsorge die höchsten vorgegebenen Werte genommen, wobei für die Kategorie "ungefähr 1o mal und öfter" 12 Besuche angenommen wurden. Dadurch liegen die Zahlen etwas höher als sie in der Realität sein dürften.

Ein weiterer Mangel in der Fragestellung liegt darin, daß aus beiden Fragen nicht eindeutig ersichtlich ist, ob Früherkennungsuntersuchungen und Impftermine mitgezählt werden sollten. So mögen bei der Säuglingsfürsorge auch die Impftermine, bei denen meist keine gründliche Untersuchung stattfindet, mitgezählt worden sein. Es wurde auch nicht ausdrücklich gefragt, ob das Kind auch bei jedem Besuch von einem Arzt untersucht wurde und nicht nur gewogen und gemessen wurde.

Außerdem geht aus den Angaben nicht die Regelmäßigkeit der Besuche hervor. Speziell auf diesen Punkt wird noch in der Diskussion einzugehen sein.

Um die überhöhten Zahlen etwas auszugleichen, fordern wir im Gegensatz zu den amerikanischen Kinderärzten mindestens 1o Vorsorgebesuche für eine optimale Betreuung des Kindes. Die Akademie der amerikanischen Kinderärzte empfiehlt seit einigen Jahren 9 Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr, im ersten Lebenshalbjahr in monatlichen Abständen, danach zweimonatlich (MINDLIN u. DENSEN, 1971).

Um richtig einschätzen zu können, warum Eltern Vorsorgebesuche machen, mußten wir erfahren, was die Eltern von Arzt bzw. Säuglingsfürsorge halten. Das fragten wir die Eltern im Interview. Zunächst sollten die Eltern die Stelle nennen, zu der sie hauptsächlich zu Vorsorgeuntersuchungen gehen, erst dann, welche Kritik sie an dieser Stelle haben bzw. was sie verbessert haben möchten. Da die Eltern recht spontan antworteten, waren wir bei der Auswertung gezwungen, ein 'rating' über die 3 Fragen zur Einstellung der Eltern zu Arzt bzw. Säuglingsfürsorge zu machen und dann die einzelnen Kritikpunkte auch über diese 3 Fragen auszuwerten. Bei der Aufstellung der Kategorien der Kritik achteten wir auf die Vergleichbarkeit der Kritikpunkte für Arzt und Säuglingsfürsorge. Wo dies nicht möglich war, wird es an der entsprechenden Stelle dargestellt und begründet.

C.IV.1. Gesamtzahl der Vorsorgebesuche bei Arzt und Säuglingsfürsorge

1. Ergebnisse

Die Gesamtzahl der Vorsorgebesuche reicht von 0 bis 62 (je ein Kind). Der Durchschnittswert beträgt 13,76 Besuche, der Median 12,65, die Standardabweichung 7,049. 479 Angaben konnten bewertet werden; 16 Angaben fehlten oder waren unvollständig, das entspricht 3,2 % von N = 495.

Um den Überblick zu erleichtern, wurde in Tabelle 31 eine Gruppierung vorgenommen.

Tabelle 31: Gesamtzahl der Vorsorgebesuche bei Arzt und Säuglingsfürsorge

Anzahl Besuche	N	%
0 - 4	24	5,0
5 - 9	105	21,9
10 - 19	269	56,2
20 - 29	66	13,8
30 - 62	15	3,1
	479	100,0

Fast 75 % der Eltern genügen unseren hohen Ansprüchen, indem sie mindestens 10 Vorsorgebesuche gemacht haben.

Bei Betrachtung der Funktionsgruppenzugehörigkeit zeigt sich, daß von den niedrigsten Funktionsgruppen zu den höchsten die durchschnittliche Anzahl von Vorsorgebesuchen ziemlich kontinuierlich absinkt (Tab. 32).

Tabelle 32: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Anzahl der Vorsorgebesuche

Funktionsgruppe	0 - 2	3	4 + 5	6	7 - 9
Anzahl Vorsorgebesuche	15,69	14,14	14,24	12,oo	11,58
Std.Abweichung	7,13	7,o9	7,56	6,17	5,93
N	89	128	122	59	81

F = 4,9o5 mit 4 Freiheitsgraden sign. = o,oo1

Zu Einkommen der Familie, Berufsbelastung, Familienstand und Alter der Mutter fanden sich keine Beziehungen. Dagegen bestehen zu Schulbildung und Berufsausbildung der Mutter Zusammenhänge. So machten Mütter, die keinen Schulabschluß haben, und Mütter mit Abitur oder einem entsprechenden Schulabschluß durchschnittlich 11 Vorsorgebesuche, während Mütter mit Volksschulabschluß 14,7 und die mit Mittel- oder Realschulabschluß 13,8 Vorsorgebesuche machten. Auch bei der Berufsausbildung schnitten tendenziell die qualifiziertesten und die unqualifiziertesten Mütter am schlechtesten ab gegenüber Müttern mit Anlernberufen oder Lehrabschluß*). Eltern mit pädagogischer und/oder medizinischer Ausbildung machen durchschnittlich 11,4 Vorsorgebesuche und damit signifikant weniger als Mütter ohne diese Ausbildung**).

Auffallenderweise wird die Häufigkeit der Vorsorgebesuche nicht vom Zustand des Kindes nach der Geburt, der Krankheitshäufigkeit und seiner körperlichen und psychosozialen Entwicklung beeinflußt.

-117-

*) F = 4,8o2 mit 3 Freiheitsgraden sign. = o,oo1; N = 478

**) t = 4,o25 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,oo1; N = 478

2. Diskussion der Ergebnisse

Die Eltern machten im Durchschnitt fast 14 Vorsorgebesuche ohne Krankheitsanlaß; mehr als die Hälfte der Eltern machte 1o bis 19 Besuche; ein Ergebnis, das erstaunen muß. Diese Häufigkeit läßt einerseits auf die Unsicherheit der Mütter bei ihrem ersten Kind in der Beurteilung der normalen Entwicklung schließen, andererseits muß aber auch die Unbefriedigtheit der Mütter mit den Auskünften und Methoden der Ärzte in Betracht gezogen werden, die sie immer wieder zu Vorsorgebesuchen veranlaßt. Auf diese Aspekte wird später ausführlich eingegangen.

Unterschiede fanden wir lediglich in den sozialen Lebensverhältnissen. Besonders Mütter aus niedrigen Funktionsgruppen suchen Ärzte häufiger auf. Aber dieses Ergebnis muß korrigiert werden. Es ist sicher nur ein Teil der Mütter aus niedrigen Funktionsgruppen, der so häufig Vorsorgebesuche macht, während ein anderer Teil - Mütter ohne jede Berufsausbildung und ohne Schulabschluß - wesentlich seltener vorsorglich den Arzt aufsucht. Das stimmt auch mit den Ergebnissen der Impfungen, der Früherkennungsuntersuchungen sowie der Rachitis-Prophylaxe überein. Es scheint auch hier eine kleine Gruppe zu geben, die sich anders verhält als der Rest der gleichen sozialen Gruppe. Wie diese Extremgruppe frühzeitig erkannt und motiviert werden kann, soll in einem späteren Teil erörtert werden.

Auf der anderen Seite gibt es besonders gut ausgebildete und gebildete Mütter, die seltener Vorsorgebesuche machen. Extrem dafür sind Eltern, von denen mindestens

ein Teil medizinisch oder pädagogisch ausgebildet ist. Wahrscheinlich meinen sie, aufgrund ihrer Qualifikation am besten und realistischsten die Entwicklung ihres Kindes beurteilen zu können. Ob das auch tatsächlich zutrifft, ist fraglich; denn im allgemeinen lernen Pädagogen recht wenig über die körperliche Entwicklung und Gesundheit des Kindes; Mediziner *) können wahrscheinlich eher körperliche Krankheiten zutreffend beurteilen, aber während der Ausbildung erfahren sie so gut wie nichts über die Entwicklung des gesunden Kindes und überhaupt nichts über die psychischen Bedürfnisse. Dennoch geben Eltern mit medizinischer oder pädagogischer Ausbildung diese sowie ihre berufliche Erfahrung als Informationsquelle in Fragen der Pflege und Erziehung an, wie wir später sehen werden **).

Wichtig ist hier noch die Einschätzung der Ergebnisse hinsichtlich der Kontinuität der Vorsorgebesuche. Aus allem, was wir bisher gesehen haben, müssen wir schlie-

*) Von den Medizinern seien hier die Kinderärzte ausgenommen, die während ihrer Facharztausbildung und Fortbildung Kompetenz erwerben können. Ob das aber von allen getan wird, ist zweifelhaft. Vgl. dazu auch S. 86 ff. und S. 184 ff.

**) Auf die Vernachlässigung wichtiger Lerninhalte in der Ausbildung von Erziehern, Sozialarbeitern, Lehrern, Psychologen und Soziologen, aber auch von Medizinstudenten, Ärzten, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern kann hier nicht im einzelnen eingegangen werden. Es sei dazu auf die Diskussionen in der entsprechenden Fachliteratur verwiesen.

ßen, daß ein kleiner Teil der Eltern, bei deren Kindern Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen fehlen, nur in den ersten Lebenswochen und -monaten Vorsorgebesuche gemacht hat. Der größte Teil der Eltern wird wahrscheinlich in den ersten Lebensmonaten ihres Kindes ebenfalls ziemlich häufig vorsorglich beim Arzt gewesen sein, mit zunehmendem Alter des Kindes und zunehmender subjektiver Sicherheit aber seltener. Dafür spricht, daß bei ihren Kindern Rachitis-Prophylaxe, Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen weitgehend durchgeführt wurden.

C.IV.2. Vorsorgebesuche bei niedergelassenem Arzt und Säuglingsfürsorge

1. Ergebnisse

Die Anzahl der Vorsorgebesuche beim niedergelassenen Arzt reicht von 0 bis zu 6o Besuchen. Der Durchschnitt beträgt bei 48o Eltern 7,49, der Median 5,9, die Standard-Abweichung 6,25. 15 Angaben fehlen oder sind nicht auswertbar. Tabelle 33 zeigt eine Gegenüberstellung der Ergebnisse mit der Säuglingsfürsorge.

Tabelle 33: Vorsorgebesuche bei niedergelassenem Arzt bzw. Säuglingsfürsorge

	niedergelassener Arzt		Säuglingsfürsorge	
Anzahl	N	%	N	%
0	37	7,7	8o	16,2
1 - 2	46	9,6	82	16,6
3 - 5	14o	29,1	11o	22,3
6 - 9	1o6	22,1	9o	18,3
1o und mehr	151	31,5	131	26,6
	48o	1oo,o	493	1oo,o

Die Säuglingsfürsorge wurde von den Eltern im Durchschnitt 6,28 mal aufgesucht; die Standard-Abweichung beträgt 4,46, der Median 6,99. Von 2 Eltern fehlt die Antwort auf die Frage.

Wie der Vergleich zeigt, ist der Anteil von Eltern, der nie oder nur 1 bis 2 mal in der Säuglingsfürsorge war, etwa doppelt so groß wie beim niedergelassenen Arzt.

Aus einem kontrollierenden Chi-Quadrat-Test geht hervor, daß nur 1 Kind weder beim niedergelassenen Arzt noch bei der Säuglingsfürsorge vorgestellt wurde; nur 2 Kinder waren nur 1 bis 2 mal beim niedergelassenen Arzt, nicht aber in der Säuglingsfürsorge. 7,5 % der Kinder wurden nur bei der Säuglingsfürsorge vorgestellt und über doppelt so viel Kinder (16,3 %) nur beim niedergelassenen Arzt. Alle anderen wurden bei beiden Institutionen vorgestellt, Es zeigte sich, daß Kinder, die seltener in der Säuglingsfürsorge untersucht wurden, häufiger beim Arzt vorgestellt wurden, und daß Kinder, die seltener beim Arzt vorgestellt wurden, entsprechend häufiger in der Säuglingsfürsorge vorgestellt wurden.

Soziale*) Unterschiede in der Häufigkeit der Vorsorgebesuche zeigten sich beim niedergelassenen Arzt kaum. Lediglich die medizinische bzw. pädagogische Ausbildung scheint einen Einfluß auszuüben. Eltern mit medizinischer bzw. pädagogischer Ausbildung machen bevorzugt nur 3 bis 5 Besuche, während Eltern ohne diese Ausbildung dies besonders häufig 1o mal und öfter tun**). Der gleiche Zusammenhang ist auch für die Säuglingsfürsorge nachzuweisen**), die meisten medizi-

*) Es wurden, wie auch in den folgenden Kapiteln, stets folgende soziale Variabeln kontrolliert: Funktionsgruppe, Einkommen, Berufsausbildung, Berufsbelastung, Alter und Familienstand der Mutter. Es werden nur noch signifikante bzw. tendenzielle Ergebnisse dargestellt.

**) Niedergelassener Arzt: Chi-Quadrat = 1o,o4 mit 4 Freiheitsgraden sign. = o,o4, Cont.coeff. = o,143, N = 48o; Säuglingsfürsorge: Chi-Quadrat = 15,836 mit 8 Freiheitsgraden sign. = o,oo3, Cont.coeff. = o,1764, N = 493

nisch oder pädagogisch ausgebildeten Eltern gehen 3 bis 5 mal zur Säuglingsfürsorge oder sogar noch seltener.

Für die Säuglingsfürsorge lassen sich jedoch noch andere soziale Unterschiede nachweisen. So sind es gerade Eltern aus höheren Funktionsgruppen (6 - 9), die nur selten zur Säuglingsfürsorge gehen, während Eltern aus den niedrigen Funktionsgruppen(0 - 3) zum größten Teil wesentlich öfter hingehen.*) Entsprechende Ergebnisse deuten sich zum Einkommen der Familie an. Auch die alleinstehenden Mütter gehen im Gegensatz zu den verheirateten Müttern überdurchschnittlich häufig zur Säuglingsfürsorge, keine von ihnen war nicht in der Säuglingsfürsorge.**)

Von seiten der Krankheitshäufigkeit der Kinder, Krankenhausdauer, Schäden und Defekten sind keine Einflüsse auf die Häufigkeit der Vorsorgebesuche beim niedergelassen Arzt aufgetreten. Bei der Säuglingsfürsorge dagegen stellte sich heraus, daß ein grösserer Prozentsatz der Kinder, die häufig respiratorische Infekte hatten, auch besonders häufig dort vorgestellt wurde***). Sonst gab es auch hier keine Unterschiede.

*) Chi-Quadrat = 1o,28 mit 4 Freiheitsgraden sign. = o,o5, Cont. coeff. = o,199, N = 493 (berechnet nach den Formeln in CLAUSS u. EBNER)

**) Chi-Quadrat = 1o,575 mit 4 Freiheitsgraden sign. = o,o32, Cont. coeff. = o,1453, N = 49o.

***) Chi-Quadrat = 16,62 mit 8 Freiheitsgraden sign. = o,o34, Cont. coeff. = o,1829, N = 48o.

C.IV.2.2. Diskussion der Ergebnisse

1. Zahlen über die Anzahl von Vorsorgebesuchen beim niedergelassenen Arzt fehlen für die BRD.

Für die Säuglingsfürsorge werden dagegen Statistiken geführt, die jedoch verschiedene Mängel haben. Die Zahlen beziehen sich bislang nur auf die Gesamtzahl von Vorstellungen, die Zahl der Erstvorstellungen, den Anteil nichtehelicher Kinder sowie das Alter der Kinder. Es fehlt eine Aufschlüsselung nach Geschwisterzahl und sozialen Kriterien sowie nach der Regelmäßigkeit der Besuche. Das erlaubt nur einen groben Vergleich mit unseren Zahlen.

Aus dem "Bericht über die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge sowie die Beratung für werdende Mütter in Berlin(West) für das Jahr 1972" des SENATORs für Gesundheit und Umweltschutz geht hervor, daß 1972 77 % der lebendgeborenen Kinder - ohne im 1. Lebensmonat verstorbene - mindestens 1 mal vorgestellt wurden. Der Anteil nichtehelicher Kinder stieg von 1971 von 7o,5 % auf 73,5 % im Jahre 1972, während er für die ehelichen Kinder von 79,5 % auf 78,9 % zurückgegangen ist. Die Kinder wurden im Durchschnitt 4,2 mal vorgestellt.

Die Kinder unserer Untersuchung wurden zu fast 84 % in der Säuglingsfürsorge vorgestellt. Die 39 Kinder alleinstehender Mütter waren alle in der Säuglingsfürsorge. Die durchschnittliche Besuchszahl liegt bei 6,3. Werden die Besuchszahlen nur auf die Eltern bezogen, die in der Säuglingsfürsorge waren, so steigt die Häufigkeit der Besuche sogar auf 7,5 bei 413 Eltern. Die Zahl liegt damit um ca. 3 Besuche höher.

Dieses Ergebnis ist auch hier mit der besonderen Stichprobe zu begründen. Es handelt sich um Eltern erstgeborener Kinder, die bereit waren, an dieser Untersuchung mitzuwirken. Daher ist es nur natürlich, daß sie - einschließlich der alleinstehenden Mütter, die ohnehin in unserer Untersuchung unterrepräsentiert sind, - auch besonderes Interesse an präventiven Maßnahmen haben.

2. Zu untersuchen ist aber, warum die Säuglingsfürsorge schlechter abschneidet als der niedergelassene Arzt: Nahezu doppelt so viele Eltern waren nie in der Säuglingsfürsorge wie beim niedergelassenen Arzt. Die durchschnittliche Häufigkeit von Vorsorgebesuchen liegt bei 8,1, bezogen auf die 443 Eltern, die überhaupt dort waren, gegenüber 7,5 bei 413 Eltern, die die Säuglingsfürsorge aufsuchten; ca. 75 % der Eltern suchen sowohl den niedergelassenen Arzt als auch die Säuglingsfürsorge auf, wobei ein Teil beide Stellen gleich häufig in Anspruch nimmt, ein Teil die eine Stelle häufiger als die andere.

Ein Grund für die niedrige Besuchsfrequenz bei der Säuglingsfürsorge liegt vermutlich darin, daß nicht bei jedem Besuch in der Säuglingsfürsorge auch eine ärztliche Untersuchung stattfindet. Bei durchschnittlich 4,2 Vorstellungen fanden nur 1,3 ärztliche Beratungen statt; also nur bei jedem 4. Besuch wird das Kind ärztlich untersucht (SENATOR für Gesundheit und Umweltschutz, 1973). Mütter, die ärztliche Untersuchungen wünschen, werden also in ihren Erwartungen enttäuscht und können so veranlaßt werden, nicht mehr zur Säuglingsfürsorge zu gehen oder zusätzlich häu-

figer zum niedergelassenen Arzt*).

Ein weiterer Grund mag in der Beschränkung der Säuglingsfürsorge auf präventive Maßnahmen liegen. Wie im Abschnitt über die Kritik an Arzt und Säuglingsfürsorge noch ausgeführt wird, bedauerten das 17 der 153 interviewten Eltern. Sie sind der Meinung, daß es besser sei, wenn derselbe Arzt das Kind bei Gesundheit und Krankheit sieht, weil er nur dann das Kind richtig und sicher beurteilen könne.

Ferner können bei der geringeren Besuchszahl auch alte Vorurteile, die in der Entstehungsgeschichte der Säuglingsfürsorge als Institution der Armen liegen, mitspielen. Ein derartiges Vorurteil äußerten mehr oder weniger direkt 16 Eltern im Interview. Sie hatten gehört, waren der Meinung von vornherein, daß die Säuglingsfürsorge schlecht sei, daß dort viele Ausländer seien. In die gleiche Kategorie gehören grundsätzlich auch die 16 Eltern, die die Funktion der Säuglingsfürsorge auf die Impfungen einschränken. Sie meinen im Grunde, daß die Säuglingsfürsorge höchstens dazu gut sei. Solche Eltern suchen die Säuglingsfürsorge nur zu den Impfungen auf und gehen entsprechend häufiger zum niedergelassenen Arzt.

Auf der anderen Seite gibt es aber Eltern, die auch

*) Andererseits wird auch von Kinderärzten berichtet, die Wiegetermine eingerichtet haben, bei denen nicht immer eine ärztliche Untersuchung stattfindet. Genaue Zahlen dazu sind uns nicht bekannt.

gegenüber dem niedergelassenen Arzt eine Art Vorurteil haben. So erklärten im Interview 16 Eltern, daß sie ihr Kind zu Vorsorgebesuchen nur zur Säuglingsfürsorge bringen, weil die Ärzte dort besonders viel Erfahrung mit gesunden Kindern haben, während der Arzt in der Praxis überwiegend kranke Kinder sieht, von denen er gewöhnlich nicht weiß, wie sie sich bei Gesundheit verhalten. Sie meinen, der niedergelassene Arzt könne die normale Entwicklung gesunder Kinder nicht richtig beurteilen. Diese Eltern dürften häufiger zur Säuglingsfürsorge als zum niedergelassenen Arzt gehen.

Auffällig ist jedoch trotz allem, daß so viele Eltern so häufig zu beiden Stellen gehen. Inwieweit hier ein Mißtrauen gegenüber den Ärzten und der Zuverlässigkeit ihrer Diagnosen besteht, die die Eltern veranlaßt, sich nicht auf einen einzigen Arzt zu verlassen, soll anhand der Einstellung und Kritik der Eltern an Arzt und Säuglingsfürsorge untersucht werden. In diesem Zusammenhang sollen auch die bei der Säuglingsfürsorge gefundenen sozialen Unterschiede diskutiert werden.

C.IV.3. Einstellung und Kritik der Eltern an den Institutionen Arzt und Säuglingsfürsorge

1. Ergebnisse

1.1. Einstellung der Eltern zu Arzt und Säuglingsfürsorge

Bei dem 'rating' zur Einstellung der Eltern zu Arzt bzw. Säuglingsfürsorge über Frage 19 - 21 des Interviews bildeten wir drei Gruppen, wie wir schon im 'Exkurs zur Einstellung der Mütter zur Geburtsklinik' gesehen haben. Antworten wurden nur dann gewertet, wenn die Eltern auch klar erkennbar bei der entsprechenden Stelle gewesen waren. Bei der Säuglingsfürsorge konnten daher 19 Angaben nicht gewertet werden, weil 4 Eltern offensichtlich nie dort waren und von 15 Eltern die Angaben fehlten bzw. nicht sicher anzunehmen war, daß sie dort waren. Beim niedergelassenen Arzt konnten 11 Angaben nicht verwertet werden, 4 davon, weil die Eltern nie beim niedergelassenen Arzt gewesen waren, und bei 7 Eltern war die Antwort nicht eindeutig. Tabelle 34 zeigt das Ergebnis.

Tabelle 34: Einstellung der Eltern zu Arzt und Säuglingsfürsorge

	Säuglingsfürsorge		Arzt	
Einstellung	N	%	N	%
positiv	26	19,4	54	38,o
eingeschränkt pos.	44	32,8	54	38,o
negativ	58	43,3	33	23,3
nicht einordenbar	6	4,5	1	o,7
	134	1oo,o	142	1oo,o

Über doppelt so viele Eltern haben eine völlig positive Einstellung zum Arzt wie zur Säuglingsfürsorge. Diese Eltern äußerten keinerlei Kritik oder Vorschläge zur Verbesserung. Fast doppelt so viele Eltern haben gegenüber der Säuglingsfürsorge eine ablehnende, negative Einstellung. Sie sagten überhaupt nichts Positives über die Säuglingsfürsorge. Zwischen beiden Gruppen findet sich eine Gruppe von Eltern, die noch eine überwiegend positive Meinung von der entsprechenden Stelle hat, aber durchaus auch Kritik übt. Diese Gruppe ist für die Säuglingsfürsorge und den niedergelassenen Arzt etwa gleich stark besetzt.

Insgesamt üben mehr Eltern an der Säuglingsfürsorge (N = 1o2) als am niedergelassenen Arzt (N = 87) Kritik.

Soziale Unterschiede in der Einstellung zeigten sich nicht. Lediglich haben Eltern behinderter Kinder*) gegenüber der Säuglingsfürsorge eher eine kritische Einstellung, wie aus Tabelle 35 hervorgeht.

*) Hier sind behinderte Kinder gemeint, die nach der von uns durchgeführten körperlichen Untersuchung als solche anzusehen sind, vgl. hierzu auch KUMMER.

Tabelle 35: Behinderung des Kindes und Einstellung zur Säuglingsfürsorge

Behinderung	Einstellung zur Säuglingsfürsorge positiv	eingeschränkt pos.	negativ
ja	1	1o	6
nein	25	34	52

Chi-Quadrat = 5,853 mit 2 Freiheitsgraden sign. = o,o54, Cont. coeff. = o,2o9

Dementsprechend zeigte sich auch, daß Eltern behinderter Kinder*) Vorsorgebesuche hauptsächlich beim niedergelassenen Arzt machen**).

Wir fanden auch eine deutliche Beziehung zwischen der Einstellung der Eltern zum Arzt bzw. zur Säuglingsfürsorge und ihrem Vorsorgeverhalten. Die Einstellung der Eltern wirkt sich auf die Häufigkeit von Vorsorgebesuchen beim Arzt (Tab. 36) bzw. bei der Säuglingsfürsorge (Tab. 37) aus. Bei positiver Einstellung machen die Eltern in verstärktem Maße 1o und mehr Be-

*) hier sind Kinder gemeint, die nach den Angaben der Eltern im Fragebogen als behindert anzusehen sind. Da sich die behinderten Kinder nach der körperlichen Untersuchung und nach den Fragebogenangaben nur zum Teil decken, muß der Unterschied gemacht werden.

**) Chi-Quadrat = 15,254 mit 2 Freiheitsgraden sign. = o,ooo5, Cont. coeff. = o,3o8

Tabelle 36: Einstellung zum Arzt und Anzahl der Vorsorgebesuche

Einstellung	Anzahl der Vorsorgebesuche 0 - 5		6 - 9		1o und mehr		N	%
positiv	18		9		26		53	38,1
eingeschränkt	29		13		12		54	38,8
negativ	19		1o		3		32	23,o
	66	47,5	32	23,o	41	29,5		

N = 139

Chi-Quadrat = 17,221 mit 4 Freiheitsgraden sign. ≤ o,o1 *)
Cont. coeff. = o,118

Tabelle 37: Einstellung zur Säuglingsfürsorge und Anzahl der Vorsorgebesuche

Einstellung	Anzahl der Vorsorgebesuche 0 - 5		6 - 9		1o und mehr		N	%
positiv	6		6		14		26	2o,3
eingeschränkt	14		15		15		44	34,4
negativ	47		6		5		58	45,3
	67	52,4	27	21,1	34	26,6		

N = 128

Chi-Quadrat = 38,7856 mit 4 Freiheitsgraden sign. ≤ o,oooo1 *)
Cont. coeff. = o,48

suche bei Arzt bzw. Säuglingsfürsorge, während sie bei negativer Einstellung überwiegend nur bis zu 5 mal zu der entsprechenden Stelle gehen.

Das Impfverhalten ist nicht abhängig von der Einstellung zum niedergelassenen Arzt. Alle Kinder, deren Eltern eine negative Einstellung zum Arzt haben, sind mindestens zweimal geimpft worden **).

*) Die Test wurden nach den Formeln in CLAUSS u. EBNER berechnet.

**) Chi-Quadrat = 5,642 mit 2 Freiheitsgraden sign.=o,o6, N = 135

Die Einstellung der Eltern wirkt sich auch auf das Informationsverhalten der Eltern aus. Je zufriedener die Eltern mit Arzt bzw. Säuglingsfürsorge sind, in desto größerer Zahl fragen sie Arzt bzw. Säuglingsfürsorge bei Problemen der Pflege und Erziehung des Kindes um Rat. Die Tabellen 38 und 39 zeigen die Ergebnisse*).

Tabelle 38: Information beim Arzt und Einstellung zum Arzt

Arzt Information	Einstellung zum Arzt positiv		eingeschr.		negativ		N	%
ja	29		25		1o		64	45,4
nein	25		29		23		77	54,6
	54	38,3	54	38,3	33	23,4		

N = 141

Chi-Quadrat = 4,554 mit 2 Freiheitsgraden sign. = o,1o3
Cont. coeff. = o,177

Tabelle 39: Information bei der Säuglingsfürsorge und Einstellung zur Säuglingsfürsorge

Säugl.fürs. Information	Einstellung zur Säuglingsfürsorge positiv		eingeschr.		negativ		N	%
ja	12		14		7		33	25,8
nein	14		3o		51		95	74,2
	26	2o,3	44	34,4	58	45,3		

N = 128

Chi-Quadrat = 12,177 bei 2 Freiheitsgraden sign. = o,oo23
Cont. coeff. = o,295

Das Ergebnis ist für die Säuglingsfürsorge wesentlich deutlicher als für den niedergelassenen Arzt.

*) Vgl. zum Informationsverhalten Frage 26 Interview

C.IV.3.1.2. Kritik an Arzt und Säuglingsfürsorge im einzelnen

Während die Ergebnisse zur Einstellung nur ein grobes Bild von der Meinung der Eltern zeigen, soll im folgenden genauer auf die einzelnen genannten Kritikpunkte eingegangen werden. Die Kritik der Eltern ist nicht ausschließlich auf die Früherkennungsuntersuchungen oder andere Vorsorgebesuche bezogen, sondern besonders beim niedergelassenen Arzt eine generelle Kritik. Es wurden alle Antworten der Eltern gewertet, häufig nannten sie mehrere Kritikpunkte. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf die Eltern, die überhaupt Kritik geäußert haben; das sind bei der Säuglingsfürsorge 1o2 = 76,1 % der Eltern, von denen wir auswertbare Antworten haben, und beim niedergelassenen Arzt 87 Eltern = 61,3 %. Tab. 4o zeigt die Kritikpunkte in der Reihenfolge der Häufigkeit bezogen auf den niedergelassenen Arzt.

Tabelle 4o: Kritik an Arzt bzw. Säuglingsfürsorge

	Arzt		Säuglingsfürsorge	
Kritik	N	%	N	%
Lange Wartezeiten	46	52,9	23	22,6
Schlechte med. Versorgung	34	39,1	41	4o,2
Verhalten des Personals	23	26,4	22	21,6
Infektgefahr durch kranke Kinder	15	17,2	4	3,9
Ungünstige Räume	12	13,8	12	11,8
Massenabfertigung, Routine	5	5,8	15	14,7
Ungünstige Öffnungszeiten	0	0,0	2o	19,6
Keine Behandlung	0	0,0	17	16,7
Andere Kritik	16	18,4	15	14,7

An der Spitze stehen die langen Wartezeiten beim niedergelassenen Arzt. Die Eltern schlagen häufig als Ver-

besserung die Nummernpraxis, spezielle Termine für Früherkennungsuntersuchungen oder auch die Bestellpraxis vor. Am zweithäufigsten kritisieren die Eltern die medizinische Versorgung und Betreuung. 23 dieser Eltern kennzeichnen die Untersuchungen als flüchtig und berichten, daß Krankheiten und Behinderungen bei ihrem Kind übersehen wurden; 5 Eltern kritisieren die schlechte Hygiene in den Praxisräumen und 9 Eltern rügen die zu geringe Information durch den Arzt über den Gesundheitszustand des Kindes. Die Kritik an der medizinischen Versorgung wird überwiegend von Eltern geübt, die mehr als 3 Vorsorgebesuche gemacht haben*).

Eng mit dieser Kritik verbunden ist die am Verhalten des Personals, gewöhnlich dem des Arztes. 18 Eltern schildern den Arzt als unfreundlich und gegenüber dem Kind grob und 5 Eltern klagen darüber, daß der Arzt Hausbesuche grundsätzlich ablehnt. Diese Kritik wird tendenziell mehr von Eltern aus höheren Funktionsgruppen geäußert**).

15 Eltern befürchten, daß ihr Kind sich bei Vorsorgebesuchen an anderen wartenden kranken Kindern anstekken könnte. 12 Eltern fanden die Praxisräume unzulänglich; z.T. seien sie eng, zugig, dunkel oder muffig, z.T. seien sie schlecht mit Spielzeug ausgestattet.

Nur 5 Eltern meinten, daß ihr Arzt nicht individuell auf sie bzw. die Kinder eingehe, sondern sie nur routinemäßig, ohne eigentliches Interesse abfertige.

*) Chi-Quadrat = 5,61 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,o25, N = 14o,

**) Corr. Chi-Quadrat = 3,66 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,o56, N = 142

An der Säuglingsfürsorge wird am häufigsten die medizinische Versorgung und Betreuung kritisiert. 22 Eltern halten auch die Untersuchungen für flüchtig und meinen, daß Krankheiten manchmal übersehen und Kinder trotz Infekt geimpft werden; 7 Eltern klagen über mangelnde Hygiene und 17 über schlechte, unzureichende oder auch unverständliche Information durch die Ärzte. Die Kritik wird am häufigsten von den älteren Müttern geäußert. Sie sind mit 28,2 Jahren im Durchschnitt um 2 1/2 Jahre älter als die Mütter, die diese Kritik nicht äußern*). Es sind in der Tendenz auch eher Eltern mit - nach der körperlichen Untersuchung - behinderten Kindern als die mit den gesunden**).

An der zweiten Stelle der Kritik stehen die langen Wartezeiten, die signifikant mehr Eltern aus den niedrigen Funktionsgruppen äußern, wie Tabelle 41 zeigt.

Tabelle 41: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Wartezeiten bei der Säuglingsfürsorge

Kritik an Wartezeit	Funktionsgruppen				N	%
	0 - 3		4 - 1o			
Ja	16		7		23	16,7
Nein	51		64		115	83,3
	67	48,6	71	51,4	138	1oo,o

Corr. Chi-Quadrat = 3,92 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,o48, Cont. coeff. = o,185

*) t-Test: t = 2,775, sign. = o,o1, N = 138, 1 Freiheitsgrad

**) Chi-Quadrat = 3,82 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,o51 Cont. coeff. = o,187, N = 138

An der dritten Stelle steht die Kritik am Verhalten des Personals, die vor allem von den mit durchschnittlich 28,4 Jahren um etwa 2 Jahre älteren Mütter genannt wird*).

Im Gegensatz zum niedergelassenen Arzt gibt es noch zwei weitere Kritikpunkte: die ungünstigen bzw. zu seltenen Sprechstundenzeiten, die tendenziell eher Eltern mit niedrigem Einkommen beklagen**), sowie das Verbot der Behandlung.

15 Eltern kritisieren die unpersönliche Massenabfertigung in der Säuglingsfürsorge, 4 die Infektionsgefahr durch andere Kinder und 12Eltern kritisieren die unzulänglichen Räumlichkeiten. In der Häufigkeit treten diese Kritikpunkte hinter den vorher genannten deutlich zurück.

Andere als die geschilderten Unterschiede in sozialer Hinsicht, in der präventiven Versorgung und dem körperlichen Zustand des Kindes gibt es nicht.

Bei der Auswertung von Frage 19 - 21 des Interviews stießen wir noch auf einige Beurteilungen und Bemerkungen, die nicht direkt unter die Kritikpunkte subsumiert werden konnten. Es handelt sich dabei um Bemerkungen, die entweder nicht auf eigenen, selbstgemachten Erfahrungen beruhen und daher ein Vorurteil beinhalten oder um Kritik, aus der die Eltern bereits die Konsequenz

*) t-Test: t = 2,04, 1 Freiheitsgrad, sign. = 0,05
N = 138

**) Chi-Quadrat = 5,952 mit 2 Freiheitsgraden sign. =0,051,
Cont. coeff. = 0,203, N = 138

gezogen hatten, so daß damit die Kritik inzwischen entfällt.

Diese Bemerkungen bestanden für die Säuglingsfürsorge einerseits in einem ausdrücklich geäußerten Vorurteil und andererseits in einer Einengung ihrer Funktion auf Schutzimpfungen, weil nach Meinung dieser Eltern die Säuglingsfürsorge sonst schlecht sei. Ein Vorurteil sprachen 13 Eltern (8,5 % der Interviewten) aus. Sie hatten gehört, daß die Säuglingsfürsorge nicht gut sei, daß dort viele Ausländer seien usw., und waren deshalb gar nicht erst hingegangen. Es scheint sich hierbei eher um Eltern aus höheren Funktionsgruppen zu handeln, wenn das statistisch auch nicht sehr deutlich wird*). 16 Eltern(1o,5 %) suchen die Säuglingsfürsorge nur zu Impfungen auf. Sie nehmen die Säuglingsfürsorge auch tatsächlich seltener in Anspruch, wie wir anhand der Fragebogenangaben kontrolliert haben.

Ebenfalls 16 Eltern (1o,5 %) sind der Meinung, daß der niedergelassene Arzt über die normale kindliche Entwicklung nicht genügend Bescheid wisse, da er es ja immer mit kranken Kindern zu tun habe. Sie bevorzugen daher für Vorsorgebesuche die Säuglingsfürsorge.

Weiter 16 Eltern (1o,5 %) berichten, daß sie bereits den Arzt aus Unzufriedenheit gewechselt haben. Diese Eltern scheinen eher aus niedrigen Funktionsgruppen zu kommen**). Da diese Eltern aus ihrer Unzufriedenheit bereits die Konsequenz gezogen hatten und nun nach ihrer Meinung einen besseren Arzt gefunden hatten, wurde dieser Aspekt nicht mehr unter die Kritikpunkte gezogen, da die Kritik sonst doppelt bewertet worden wäre.

-137-

*) Chi-Quadrat = 2,688 mit 1 Freiheitsgrad sign. =o,1o1, Cont. coeff. = o,162, N = 138

**) Chi-Quadrat = 2,657 mit 1 Freiheitsgrad sign. =o,1o3, Cont. coeff. = o,157, N = 142

C.IV.3.2. Diskussion der Ergebnisse

1. Unterschiede der Ergebnisse für niedergelassenen Arzt und Säuglingsfürsorge

Zunächst fällt bei den Ergebnissen auf, daß mehr Eltern Kritik an der Säuglingsfürsorge üben und auch eine negative Einstellung zu ihr haben als zum niedergelassenen Arzt. Da Mehrfachantworten möglich waren, wurde die Anzahl der Kritikpunkte pro interviewte Person berechnet. Dabei zeigte sich, daß der Durchschnittswert der genannten Kritik mit 1,73 für den niedergelassenen Arzt ungünstiger war als für die Säuglingsfürsorge mit 1,65. Dennoch scheint die Säuglingsfürsorge einer grösseren Kritik zu unterliegen als der niedergelassene Arzt.

Die Ursachen dafür scheinen einerseits im Gesundheitszustand des Kindes zu liegen, andererseits aber auch auf sozialen Unterschieden zu beruhen. So bevorzugen die Eltern behinderter Kinder den niedergelassenen Arzt und haben gegenüber der Säuglingsfürsorge eine kritischere Einstellung. Für diese Eltern ist es wichtig, daß Prävention und Therapie in einer Hand vereint sind. Da Eltern behinderter Kinder auf eine besonders gute Überwachung und Behandlung angewiesen sind und einer ausführlichen Beratung bedürfen, sind sie möglicherweise aus der Sorge um ihr Kind heraus besonders sensibel jedwedem Mißstand gegenüber. Was jedoch im einzelnen dazu geführt hat, daß sie die Qualität der medizinischen Betreuung in der Säuglingsfürsorge anzweifeln, konnte nicht geklärt werden.

Auffällig ist ferner, daß Eltern, deren Kinder viele respiratorische Infekte hatten, sie häufig in der Säuglingsfürsorge vorstellen. Jedoch dürfte es sich hier eher

um einen sozialen Effekt handeln als um eine besondere Vorliebe der Eltern für die Säuglingsfürsorge; denn es sind gerade Eltern mit niedrigem Sozialstatus, die zu einem großen Teil besonders häufig ihre Kinder in der Säuglingsfürsorge vorstellen, und es sind auch die Kinder aus sozial schwächeren Familien, die besonders häufig respiratorische Infekte haben, wie KUMMER nachweisen konnte. Insofern ist es nur natürlich, wenn in der Säuglingsfürsorge oft Kinder mit Infekten vorgestellt werden, da Infekte bei Kindern aus sozial schwachen Familien häufiger auftreten und die Säuglingsfürsorge eher die Institution der Sozialschwachen ist. Daß gerade die alleinstehenden Mütter alle die Säuglingsfürsorge aufsuchten ist auch hier einzuordnen.

Abgesehen davon, daß mehr sozial benachteiligte Familien sehr häufig die Säuglingsfürsorge aufsuchen, scheint es auch bei den einzelnen Kritikpunkten Prioritäten nach sozialen Gesichtspunkten zu geben, die beim niedergelassenen Arzt nicht auftreten. Es fiel uns auf, daß Eltern aus ungünstigeren sozialen Verhältnissen an der Säuglingsfürsorge die langen Wartezeiten und die ungünstigen Öffnungszeiten kritisierten. Hierbei handelt es sich um Kritik an organisatorischen Gegebenheiten, die das Aufsuchen erschweren. Wenn diese organisatorischen Schwierigkeiten entfielen, indem die Öffnungszeiten vermehrt und die Wartezeiten verkürzt würden, wäre zu erwarten, daß diese Eltern dann auch vermehrt qualitative Aspekte kritisieren, wie die Eltern aus höheren Funktionsgruppen, die an der Säuglingsfürsorge die medizinische Betreuung und Beratung und an Arzt und Säuglingsfürsorge das Verhalten des Personals kritisieren. Daß Eltern aus niedrigen Funktionsgruppen in der Lage sind, diese qualitativen Faktoren zu kritisieren, zeigt sich an der sozial gleichen Verteilung der Kritik am nieder-

gelassenen Arzt.

Inwieweit ein allgemeines, häufig auch unausgesprochenes Vorurteil gegenüber der Säuglingsfürsorge als staatlicher Institution bewirkt, daß mehr Eltern an ihr Kritik üben, kann nicht endgültig beantwortet werden. Da aber insgesamt 19 % der Interviewten ein Vorurteil äußerten, erscheint es durchaus wahrscheinlich, daß weitere Eltern ein nicht artikuliertes Vorurteil haben. Dieses Vorurteil kann sich dann in verstärkter Kritikbereitschaft äußern. Insofern erscheint es als besonders notwendig für die Säuglingsfürsorge, sich ihren Klienten besonders gut darzustellen.

Medizinische Versorgung, Betreuung und Beratung der Eltern müssen besonders qualifiziert, aufgeschlossen und bereitwillig gegeben werden, damit sich das Bild der Säuglingsfürsorge in der Öffentlichkeit allmählich wandelt.

2. Das Arzt - Patienten - Verhältnis

Die häufigsten Kritikpunkte waren bei beiden Institutionen die schlechte medizinische Betreuung und Beratung und die Kritik am Verhalten des Personals sowie die langen Wartezeiten. Während die langen Wartezeiten relativ leicht zu verändern sind, zumindest für VUen, durch andere Terminplanung, spezielle Vorsorgetermine, geänderte Öffnungszeiten bei der Säuglingsfürsorge, Nummernvergabe, Bestellpraxis usw., ist die Kritik am Verhalten des Arztes und die an der medizinischen Betreuung wesentlich schwieriger einzuschätzen und zu verhindern. Ob die Kritik im einzelnen berechtigt war, können wir nicht beurteilen; dazu hätte es einer gezielten Beobachtung bei den einzelnen Besuchen der Eltern bei Arzt bzw. Säuglingsfürsorge be-

durft, die wir nicht leisten konnten. Zumindest zeigt die Kritik aber, wie die Häufigkeit der Kritik überhaupt, daß viele Eltern unzufrieden sind, sogar mißtrauisch und daß sie auch bereit sind, die Konsequenzen zu ziehen, indem sie entweder den Arzt wechseln oder ihn bzw. die Säuglingsfürsorge seltener, dafür aber die andere Stelle häufiger als die kritisierte aufsuchen.

DEHUFF, PETERS u. CHASE sowie MORRIS u. Mitarbeiter stellen für amerikanische Verhältnisse fest, daß Mütter aus besseren sozialen Verhältnissen mehr Kritik an den Institutionen üben und daß ihre Kinder auch besser präventiv versorgt sind als die Kinder von Eltern, die weniger Kritik äußern. Das entspricht auch weitgehend unseren Ergebnissen mit der Einschränkung, daß auch die Eltern aus schlechteren sozialen Verhältnissen viel Kritik üben und auch ihre Kinder weitgehend gut präventiv versorgt sind. Gerade diese Tatsache spricht für die Berechtigung der Kritik überhaupt, vor allem aber für ein gestörtes Verhältnis zwischen Arzt und Patient - hier stellvertretend für die Kinder den Eltern. Auf diese Beziehung zwischen Arzt und Patient soll hier eingegangen werden. Patienteneltern und Arzt haben bestimmte Vorstellungen und Erwartungen, die erfüllt oder enttäuscht werden können. Die Enttäuschung drückt u.a. in Kritik aus. Welche Erwartungen haben die Eltern?

SPENCER (1969) untersucht in amerikanischen Landstädten die Wünsche von Müttern mit Säuglingen und Kleinkindern an medizinischer Vorsorge. In der Reihenfolge der genannten Häufigkeit wurden von den Müttern Impfungen, Beratungen hinsichtlich Phenylketonurie, Impfungen, Ernährung, Haut- und Haarproblemen, eine generelle Versicherung und Bestärkung der mütterlichen Pflege- und Erziehungsmaßnahmen sowie auch eine Gewichtskontrolle gewünscht.

Von den Ärzten wurden die Wünsche der Mütter nur teilweise erfüllt. Eine Beratung in Haut- und Haarproblemen erfolgte nicht. Vor allem fehlte die Versicherung der mütterlichen Fähigkeiten. Die Ärzte waren also nicht in allen Punkten in der Lage, auf die Mütter einzugehen.

MINDLIN u. DENSEN (1971) berichteten, daß Beratung über die zu erwartende weitere Entwicklung des Kindes, seine nächsten Lernschritte nur von sehr wenigen Ärzten gegeben wird. In diesem Zusammenhang berichten KORSCH u. Mitarbeiter (1971), daß Eltern zwar zu wenig Fragen stellen nach psychosozialen Aspekten der kindlichen Entwicklung in der Meinung, daß das nicht zu Vorsorgeuntersuchungen gehöre, daß aber Ärzte und Krankenschwestern von sich aus diese Themen auch nicht anschneiden und, darauf angesprochen, nicht in der Lage sind, darauf einzugehen. Als Beispiel dazu wird ein typischer Dialog berichtet, der auch hier wiedergegeben werden soll:

"Mother: She (das Kind) beats me on the chest with her fists and throws herself backwards. You can' t quiet her when she' s like that. - Nurse: Wait until she gets to be two, right? - Mother: Ohh. - Nurse: Then you' ll have a little fanny to paddle. - Mother: You' re right. What do you do when they' re this young? - Nurse: Did she have any reaction from her first DPT (diphtheria, pertussis, tetanus vaccine)?" (S. 486).

Krasser kann kaum gezeigt werden, wie schlecht die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patienten klappt. Als Folge von derartigen Erfahrungen - nicht Verstehen von Erklärungen, nicht Akzeptieren können von Diagnosen- beschreibt ALPERT (1964) das Nicht-Einhalten von Terminen. Heute fordern Patienten (Erwachsene), wie viele Untersucher feststellen, eine eingehende Aufklärung und genaue Information von ihrem Arzt (KOCH, 1975). KOCH selber konnte zeigen,daß verschiedene Arzt-Gruppen sich den 'idealen Patienten' folgendermaßen vorstellen:

Er soll möglichst wenig medizinische Vorkenntnisse haben, wenig fragen, die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht ganz durchschauen und vertrauensvoll alle Maßnahmen akzeptieren. In der ITEM-Studie, die im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wurde und Einstellungen und Praktiken der Eltern in Hinsicht auf eine gesundheitliche Erziehung der Kinder untersucht, wurden auch Kinderärzte nach ihrer Beurteilung der Eltern im Krankheitsfall des Kindes gefragt. Die Ärzte gebrauchten zur Charakterisierung verschiedener Elterntypen folgende Begriffe: "ruhig, aufgeregt, ängstlich, überbesorgt, hypochondrisch, ratlos, überinformiert, gleichgültig, egozentrisch, nachlässig, sachlich usw."

Das Verhalten dem Arzt gegenüber wird als "vertrauensvoll, völlig ergeben, mißtrauisch, fordernd, eine sofortige Behandlung erwartend, besser wissend, sachlich und aufgeschlossen" bezeichnet. Auffällig bei dieser Aufzählung ist, daß die Mehrzahl der Begriffe negativ gefärbt ist.

MECHANIC beschreibt, daß Ärzte sich häufig über Inanspruchnahme wegen Bagatellen und über Hypochondrie ihrer Patienten beklagen. Er führt das auf die Technisierung und Spezialisierung der Medizin zurück, die keinen Raum mehr läßt für die Erörterung und Aufdekkung psychischer Probleme. Angefügt werden muß noch, daß viele Ärzte für diese Aufgaben gar nicht genügend ausgebildet sind.

Alle diese Untersuchungen und Meinungen zeigen, daß auf beiden Seiten - bei Ärzten und Patienten - unterschiedliche Erwartungen und unterschiedliche Kritik bestehen. Häufig dürfte diese Kritik nur auf die schlech-

te Kommunikationsstruktur, auf das aneinander Vorbeireden zurückzuführen sein. Diese Kommunikation ist in unserer Untersuchung bei Eltern aller sozialen Gruppen gestört, wobei gerade Eltern aus höheren Funktionsgruppen in der Säuglingsfürsorge die medizinische Versorgung, dagegen bei Arzt und Säuglingsfürsorge das Verhalten des Personals kritisierten. Und das, obwohl Eltern aus besseren sozialen Schichten aufgrund der gleichen Schichtzugehörigkeit mit dem Arzt den gleichen Sprachcode wie er benutzen und daher einen leichteren Zugang zum Arzt haben.

OEVERMANN und BERNSTEIN weisen verschiedene Sprachformen in den verschiedenen sozialen Schichten nach, die während der Sozialisation gelernt werden und nicht auf unterschiedlicher Intelligenz beruhen. So sprechen Unterschichtangehörige einen restringierten Code, während Mittelschichtangehörige einen elaborierten Sprachcode benutzen. Die verschiedenen Schichten verstehen meist die Sprache der anderen Schichten nicht und müssen so fast zwangsläufig aneinander vorbeireden.

Da der Arzt also die Sprache eines Teils seiner Patienten nicht versteht, ist es für ihn nur natürlich, daß er sich mehr denen zuzuwenden sucht, die er versteht bzw. zu verstehen meint. Doch auch diese üben recht zahlreich an ihm Kritik, wie wir gesehen haben.

Die Folgen dieser Mißverständnisse sind verschiedenartig und drücken sich in unterschiedlichem Verhalten aus, wie wir beschrieben haben. Die einen wechseln den Arzt, wie es scheint mehr Eltern aus niedrigen Funktionsgruppen, die anderen gehen besonders häufig zum Arzt in

der Hoffnung, dann wenigstens einiges zu erfahren, was sie sonst nicht erfahren würden. Andere wiederum gehen zu mehreren Ärzten gleich häufig, vermutlich auch gleichzeitig - hier Säuglingsfürsorge und niedergelassener Arzt -, um sich nicht auf eine Meinung verlassen zu müssen. Und schließlich gibt es Eltern, die ihre Besuche auf das Notwendigste einschränken.

Ein Ausweg aus dieser Situation scheint nur dann möglich zu sein, wenn die Ärzte sich diese unterschiedlichen Sprachcodes bewußt machen und entsprechend darauf zu reagieren versuchen. Da nicht bei jedem Besuch jeder Patient bzw. hier alle Eltern eine ausführliche Beratung wünschen, müßte auch der zeitliche Mehraufwand vom Arzt zu verkraften sein. Einzelheiten zu diesem Problem beschreibt auch LÜTH (1974). Er versucht nachzuweisen, daß der Arzt, wenn er nur will, von seiner Zeit her durchaus in der Lage ist, ausführliche Beratungen zu machen.

Zusätzlich könnten noch folgende Veränderungsmöglichkeiten eingeführt werden. So ist es durchaus denkbar, daß im Wartezimmer kurze Schriften oder Bildtafeln liegen bzw. aufgehängt werden, die die Eltern über Entwicklungsfragen informieren. Die Eltern sollten auch aufgefordert werden, sich die Fragen, die sie stellen möchten, kurz zu notieren, damit sie in der Untersuchungssituation nicht das für sie Wichtigste vergessen. Wenn der Arzt keine Zeit hat, auf Fragen der Eltern sofort einzugehen, dann sollte er zumindest die Gründe dafür angeben und den Eltern einen Termin vorschlagen, an dem er dann die Fragen in Ruhe beantwor-

ten und die Eltern ausführlich beraten kann. Solche Termine könnten oft sinnvoll mit den Früherkennungsuntersuchungen zusammenfallen, bei denen ohnehin eine eingehende Beratung erfolgen soll.

D. Verhalten der Eltern bei Gesundheit und Krankheit.

I. Vorbemerkung zur Fragestellung und Auswertung

Das Verhalten von Eltern in Fragen der Gesundheit und Krankheit ihres Kindes hängt nicht nur von ihren sozioökonomischen Lebensverhältnissen ab, sondern wird auch von zahlreichen vermittelnden Faktoren beeinflußt. So entscheiden u.a. über das Verhalten von Patienten der Gesundheits- und Krankheitsbegriff einer sozialen Gruppe (KOOS), die Kenntnisse von Gesundheit und Krankheit (BLEEK; GfG-Studie), die eigene Sozialisation (SIEGRIST u. BERTRAM) sowie das Verhältnis zu den Gesundheitsinstitutionen (PFLANZu. Mitarbeiter; KOOS; MOELLER; LÜTH); zum großen Teil dürften die Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten auch für das Verhalten der Eltern für ihr Kind zutreffen. Aber auch psychologische Faktoren wie die Einstellung zur Mutterschaft (GfG-Studie), die Unsicherheit im eigenen Erzieher- und Pflegeverhalten (COHLER u. Mitarbeiter) und das Erzieherverhalten an sich (ITEM-Studie) spielen eine entscheidende Rolle in der Frage, was Eltern ganz konkret für die Gesundheit des Kindes und bei seiner Krankheit tun.

Da es in der BRD noch keine gezielten Untersuchungen darüber gibt, war es Anliegen dieser Untersuchung, erste Hinweise zu geben über das elterliche Verhalten in Gesundheitsfragen. Dazu wurde ein Aktivitätsindex gebildet aus den Fragebogenantworten der Eltern zu den Vorsorgemaßnahmen, die sie für ihr Kind wahrgenommen haben. In Frage 18 des Interviews wurden die Eltern gefragt, was sie für die Gesundheit ihres Kindes tun. Die Frage war so weit gefaßt, daß die Eltern alles das sagen konnten, was ihnen zu dem Begriff 'Gesundheit' einfiel. Durch

eine gezieltere Fragestellung befürchteten wir, die Eltern zu überfordern oder in eine bestimmt Richtung zu drängen. Angenommen wurde, daß die Eltern hauptsächlich Aspekte des körperlichen Wohlbefindens des Kindes nennen würden.

In Frage 16 des Interviews wurden die Eltern nach der derzeitigen Ernährung ihres Kindes gefragt. Die Eltern wurden aufgefordert aufzuzählen, was ihr Kind gewöhnlich im Laufe eines Tages ißt. Stets erfragten wir, ob das Kind noch Flaschennahrung erhält und ob es schon gröbere Kost esssen kann. Damit sollte bei der Auswertung eine Trennung erzielt werden zwischen Eltern, die ihrem Kind noch eine ausgesprochene Säuglingskost geben, und solchen, die schon auf eine Kleinkinderkost übergegangen sind.

Frage 26 des Interviews zielte auf die Art und Weise, wie und wo Eltern sich in Fragen der Pflege und Erziehung ihres Kindes informieren. Es sollte herausgefunden werden, ob bestimmte Eltern sich aktiver zu informieren suchen, indem sie sich Bücher selbst beschaffen, und es sollte auch untersucht werden, in welchem Maße Ärzte in der Praxis, der Säuglingsfürsorge (z.T. auch Fürsorger) zu Rate gezogen werden.

Auch das Gegenteil von Gesundheit - die Krankheit - ist für die Beurteilung dessen, was Eltern für die Gesundheit ihres Kindes tun, wichtig. Dazu sind Antworten aus dem Fragebogen (Frage 9) zur Häufigkeit von Arztbesuchen wegen Krankheit und die Angaben, wegen welcher Krankheiten der Arzt aufgesucht wurde, vorhanden. Im Interview (Frage 22 und 23) sollten die Eltern schildern, wie sie Krankheiten ihres Kindes erkennen und wann sie zum Arzt gehen.

Um es noch einmal zu betonen, bei diesem Teil der Arbeit handelt es sich in Ermangelung vorhergehender Studien um die ersten tastenden Versuche, etwas Aufschluß über

das Verhalten und die Ansichten der Eltern zu bekommen. Zwar existieren zahlreiche amerikanische Untersuchungen zu dem Thema, aber sie sind aufgrund der unterschiedlichen Verhältnisse nicht einfach übertragbar; einige Arbeiten, die wir zitiert fanden, waren für uns nicht erreichbar. So konstatiert auch MOELLER, daß ein wissenschaftliches Konzept zum Krankheitsverhalten erst 1960 - 1962 von MECHANIC in den USA entwickelt wurde. "Das Konzept fand im ersten Jahrzehnt seiner wissenschaftlichen Existenz wenig Resonanz. Selbst in der ausführlichsten Registratur medizinischer Publikationen, im INDEX MEDICUS (1970) ist es bis heute nicht verzeichnet."

Infolgedessen ist von dieser Untersuchung kein geschlossenes vollständiges Ergebnis zu erwarten. Es werden vielmehr Fragen angerissen, die weiterhin - möglichst interdisziplinär - untersucht werden müssen.

D.II. Verhalten der Eltern bei Gesundheit ihres Kindes

1.1. Die Aktivität der Eltern hinsichtlich Vorsorge, gemessen mit einem Index, Ergebnisse

Um einen Überblick über die gesamte präventive Versorgung der Kinder zu gewinnen, wurde ein Index gebildet, der die Früherkennungsuntersuchungen 3 und 4, die Schutzimpfungen und die Gesamtzahl der Vorsorgebesuche umfaßt. Der Index dient nicht einer Beurteilung der Qualität der einzelnen Maßnahmen, sondern mißt vor allem die Quantität von Vorsorge jedes einzelnen Kindes und damit die Aktivität der Eltern, die ja für die Vorsorge sorgen müssen. Der Index läßt nur zum Teil eine Beurteilung der Kontinuität der präventiven Versorgung zu, weil die Angaben zur Regelmäßigkeit der Vorsorgebesuche im ersten Lebensjahr fehlen. Durch die verschiedenen Impftermine und die Früherkennungsuntersuchungen 3 und 4

ist eine gewisse Regelmäßigkeit zumindest bis zum Alter von ca. 6 Monaten gegeben.

Die 3 Komponenten des Indexes wurden nicht unterschiedlich gewichtet. Im Höchstfall konnten für jede Komponente 2 Punkte erreicht werden. Die in den einzelnen Bereichen erzielten Punkte wurden addiert. Für die Früherkennungsuntersuchungen wurden 0 Punkte vergeben. wenn beide Untersuchungen fehlten, 1 Punkt, wenn eine Untersuchung fehlte, und 2 Punkte, wenn beide Untersuchungen durchgeführt wurden. Für die Vorsorgebesuche wurden 0 Punkte vergeben, wenn nur bis zu 4 Besuche stattgefunden hatten, 1 Punkt für 5 - 9 Besuche und 2 Punkte für 1o und mehr Besuche. Für die Impfungen wurden 0 Punkte vergeben, wenn die Eltern ihr Kind nur einmal oder keinmal zum Impfen gebracht hatten, was gleichbedeutend damit ist, daß das Kind keinen Impfschutz hat, und 2 Punkte, wenn die Eltern mindestens zweimal zu Impfterminen gegangen waren; die Vollständigkeit der Impfserie (DPT-Polio) blieb unberücksichtigt.

Das Alter der Kinder wurde nicht berücksichtigt, da die Kinder dieser Stichprobe etwa gleich alt waren.

Tabelle 42 zeigt die Verteilung der Punktzahlen. Danach erreichten fast 6o % der Eltern die höchste Punktzahl. Bei ihren Kindern sind beide Früherkennungsuntersuchungen dokumentiert, die Kinder wurden mindestens zweimal geimpft und sie wurden mindestens 1o mal vorsorglich einem Arzt vorgestellt.

Tabelle 42: Aktivität der Eltern nach dem Index

Punktzahl	N	%
0	0	0,0
1	1	0,2
2	7	1,6
3	2o	4,4
4	57	12,6
5	1oo	22,2
6	266	59,o
	451	1oo,o

Weitere 22 % der Eltern bekamen 5 Punkte. Ihre Kinder wurden mindestens zweimal zum Impfen vorgestellt, bei 24 Kindern wurde nur 1 Früherkennungsuntersuchung durchgeführt, sie waren aber mindestens 1o mal vorsorglich vorgestellt worden. Bei den anderen 76 Kindern wurden beide Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt, sie wurden aber nur 5 - 9 mal zu vorsorglichen Untersuchungen gebracht.

Schwieriger wird die Einschätzung der mittleren Gruppen mit 3 bzw. 4 Punkten. Im ganzen handelt es sich um 77 Kinder. Von ihnen wurden 44 nicht ausreichend geimpft; sie sind vom Impfschutz her gesehen präventiv unterversorgt. Bei 7 Kindern wurde keine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt, bei 15 Kindern nur eine. 19 Kinder wurden nur bis zu 4 mal vorsorglich bei Arzt oder Säuglingsfürsorge vorgestellt und weitere 19 Kinder zwischen 5 und 9 mal.

8 Kinder sind sicher präventiv unterversorgt. Alle sind nicht ausreichend geimpft. Es gibt kein Kind, das nie vorsorglich untersucht wurde. Bei einem Kind wurde nur eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt und es wurde höchstens 4 mal vorsorglich untersucht. Bei 5 Kindern

wurden eine Früherkennungsuntersuchung und 5 - 9 vorsorgliche Besuche gemacht. Je ein Kind hat beide Früherkennungsuntersuchungen bzw. mindestens 1o Vorsorgebesuche.

Obwohl es angesichts der kleinen Zahlen statistisch nicht mehr zu rechtfertigen war, haben wir versucht, die Ursachen für die schlechtere Aktivität der Eltern festzustellen und beschreiben daher die sich andeutenden Beziehungen ausführlich.

Von den 8 Eltern mit der geringsten Aktivität kommen 6 aus den niedrigen Funktionsgruppen 0 - 3 und 2 aus den Funktionsgruppen 6 - 9. 4 der Väter sind Arbeiter, je 2 Angestellte und Beamte. 4 Familien verfügen nur über ein Einkommen bis zu 15oo,- DM, 3 über ein höheres Einkommen (1 Angabe zum Einkommen fehlt). 7 Mütter sind verheiratet. Die Mütter sind durchschnittlich 23,75 Jahre alt und damit über 3 Jahre jünger als die aktivsten Mütter und noch um 1 1/2 Jahre jünger als die Mütter mit der mittleren Aktivität. 3 Mütter haben keine oder nur eine kurze Anlernausbildung, 3 einen Lehrabschluß und 2 eine Fachschul- oder Hochschulausbildung. 3 Eltern haben eine medizinische und/oder pädagogische Ausbildung. 2 Eltern arbeiten in Schicht.

In der mittleren Aktivitätsgruppe von 3 bzw. 4 Punkten stammen 45 Eltern aus den Funktionsgruppen 0 - 3, 14 aus 4 und 5 und 18 aus 6 - 9. 27 Väter sind Arbeiter, 15 Angestellte, 7 Angestellte im Öffentlichen Dienst, 13 Beamte und 7 Selbständige. 15 Familien verfügen über ein Einkommen bis zu 7oo,- DM, 34 über ein Einkommen bis zu 15oo,- DM und 28 über ein höheres Einkommen. 64 Mütter sind verheiratet. Die Mütter sind mit durchschnittlich 25,3 Jahren um 1 1/2 Jahre älter als die mit der

niedrigsten Aktivität, aber um 1 1/2 Jahre jünger als die mit der größten Aktivität. 13 Mütter haben keine Berufsausbildung, 17 eine Anlernausbildung, 3o haben eine Lehre abgeschlossen, aber nur 14 haben eine Fachschul- oder Hochschulausbildung absolviert. 19 Eltern haben eine medizinische oder/und pädagogische Ausbildung. 16 Eltern machen Schichtarbeit.

In beiden Gruppen mit geringerer Aktivität in Prävention scheinen Eltern aus sozialschwächeren Familien zu überwiegen, wenn auch der statistische Nachweis dafür noch fehlt.

Auch hier wollten wir feststellen, ob von seiten des kindlichen Gesundheitszustandes Einflüsse auf die Aktivität der Eltern wirksam werden. Zwischen dem Geburtsrisiko des Kindes sowie Behinderungen bzw. Defekten und der Aktivität der Eltern deuten sich keine Unterschiede an. So haben die 8 Kinder der inaktiven Eltern nach den elterlichen Fragebogenangaben keine Behinderung, aus der mittleren Gruppe haben nur 2 Kinder eine Behinderung. Dagegen scheint sich eine Beziehung zum Infektionsrisiko anzudeuten. So lebten 6 der 8 Kinder in kalten, feuchten Wohnungen oder waren öfter mit anderen Kindern zusammen, kein Kind ist Krippenkind. Aus der mittleren Gruppe leben 26 Kinder in schlechten Wohnungen oder sehen öfter andere Kinder und 8 Kinder sind in der Krippe.

Die Kinder, die unterversorgt sind, und auch die aus der mittleren Gruppe, scheinen etwas häufiger krank gewesen zu sein als die am besten präventiv versorgten Kinder, was Husten, Schnupfen sowie alle gestrointestinalen Infekte oder auch alle Krankheiten überhaupt angeht.

Da die gerechneten Tests statistisch nicht zu verwerten sind wegen der geforderten Gruppengrößen, wurde auf die

auf die Wiedergabe der Daten verzichtet.

1.2. Diskussion

Wie nach den Einzelergebnissen nicht anders zu erwarten, war das Ergebnis des Indexes außerordentlich gut. Bei den nicht so gut präventiv versorgten Kindern ist die Beurteilung der Gründe recht schwierig. Denn es ist nicht erklärlich, warum Kinder sehr häufig vorgestellt werden und dann dennoch nicht ausreichend geimpft wurden oder warum Kinder die Früherkennungsuntersuchungen nicht haben, aber insgesamt sehr oft von den Eltern in der Säuglingsfürsorge oder beim Arzt vorgestellt wurden. Möglicherweise liegt das an der Unzufriedenheit der Eltern und ist Ausdruck ihrer Unzufriedenheit, wie wir im vorigen Kapitel gesehen haben. Möglich ist aber auch, daß sich eine ablehnende oder zumindest wenig ermunternde und aufklärende Haltung der Ärzte in diesen Fragen dazu beiträgt. So berichten MINDLIN u. DENSEN von solchen Einflüssen auf die Aktivität der Mütter. Wenn Ärzte die Mütter zu Vorsorgebesuchen ermutigten, machten sie auch mehr derartige Besuche. Wenn Ärzte dagegen vorsorgliche Untersuchungen für unnütz hielten, gingen die Mitter entsprechend seltener vorsorglich mit ihrem Kind zum Arzt.

In unserer Untersuchung handelt es sich nur um eine recht kleine Elterngruppe, die sich anders verhält als der Rest. Es ist auch nur, wie es scheint, ein kleiner Teil der Eltern mit niedrigem Sozialstatus, der zu wenig Prävention betreibt. Ähnliche Ergebnisse hatten auch BARRON u. MINDLIN und HOEKELMAN u. PETERS, die für amerikanische Verhältnisse bereits einen Index entwickelt haben. Es scheint in unserer Untersuchung aber auch der Teil der Eltern zu sein, deren Kinder häufiger krank sind. Wir hatten schon darauf hingewiesen, daß Kinder aus sozial benachteiligten Familien häufiger respiratorische Infekte haben und überhaupt häufiger krank sind als Kinder aus besseren Familienverhältnissen (KUMMER). Daher erscheint es uns wichtig, gerade diese Eltern

verstärkt zu motivieren für Vorsorgemaßnahmen. Wie das geschehen kann, soll in einem abschließenden Kapitel erörtert werden.

Das Ergebnis mit dem Index ist noch nicht endgültig zufriedenstellend. Für einen brauchbaren Index sollten außer den hier bewerteten präventiven Maßnahmen auch die Rachitis-Prophylaxe und andere freiweillige Impfungen wie Masern- und Rötelimpfung miteinbezogen werden. Das wirft allerdings das Problem der Kontrolle der Vitamin-D-Gabe auf, die schwer durchzuführen ist. Die freiwilligen Impfungen werden von der Säuglingsfürsorge noch nicht geleistet und müssen derzeit noch beim niedergelassenen Arzt auf eigene Kosten durchgeführt werden, was sofort wieder soziale Unterschiede nach sich zieht, aber nichts über die grundsätzliche Bereitschaft der Eltern zu präventiven Maßnahmen aussagt. Die Angaben zur Regelmäßigkeit der Vorsorgebesuche sollte unbedingt aufgenommen werden. Zu überlegen ist auch, ob im ersten Lebensjahr monatlich nur ein Besuch gewertet werden sollte, im zweiten nur ein Besuch in 2 oder 3 Monaten, wie BARRON u. MINDLIN vorgeschlagen haben. Schließlich müßte noch das Alter der Kinder in die Berechnung des Indexes eingehen.

Grundsätzlich ist aber ein derartiger Index ein durchaus brauchbares Maß für die Vorsorgeaktivität der Eltern.

D.II.2.1. Die Ernährung der Kinder, Ergebnisse

Für die Auswertung der Ernährungsfrage wurden 3 Gruppen gebildet nach der jeweils 'babyhaftesten' und der jeweils 'erwachsensten' Nahrung. So ordneten wir ein Kind, das nur Flaschennahrung und pürierte Breie, aber keine gröbere Kost bekam, in die Gruppe 'Säuglingskost' ein. Ein Kind, das im wesentlichen Kleinkindkost mit gröberen Stückchen erhält, zusätzlich aber noch - meist morgens - eine Flasche der Gruppe 'Kleinkindkost mit Flasche' zu. Bekam ein Kind ausschließlich gröbere Kost, kam es in die Gruppe 'Kleinkindkost ohne Flasche'.

Tabelle 43 zeigt die Verteilung der Antworten auf die Gruppen.

Tabelle 43: Ernährung der Kinder

Art der Ernährung	N	%
Säuglingskost	9	5,9
Kleinkindkost mit Flasche	77	5o,3
Kleinkindkost ohne Flasche	65	42,5
nicht zuordenbar	2	1,3
	153	1oo,o

Zwischen der Art der Ernährung und den gewöhnlich verwandten sozialen Variablen fanden wir keine Beziehungen. Auch von ihrer körperlichen Beschaffenheit und ihrem Gesundheitszustand her bestehen keine Einflüsse auf die Ernährungsart. Die Kinder sind auch, obwohl unterschiedlich genährt, gleich gut bzw. gleich schlecht psychosozial entwickelt; ihre körperliche Entwicklung - gemessen an Gewicht, Länge, Zahnzahl, Hautfettfaltendicke - ist gleich.

Auch in Hinsicht auf die medizinischen Präventivmaßnahmen und die Aktivität der Eltern sind keine Unterschiede festzustellen.

Dagegen hat der Stillwillen der Eltern einen Einfluß auf die Ernährung. Bei der Auswertung der Geburtsunterlagen nahmen wir auch die Angaben zur Ernährung der Kinder mit auf. Da aber nicht bekannt ist, wielange die Mütter überhaupt gestillt haben, können wir nur nach dem Gesichtspunkt auswerten, ob eine Mutter überhaupt versucht hat, ihr Kind zu stillen. Dieser Versuch wird hier als 'Stillwillen' bezeichnet. Wie Tabelle 44

Tabelle 44: Stillwillen der Mütter und Ernährung des Kindes im Alter von 1 Jahr

Ernährung des Kindes	Stillwillen Ja	Nein
Säuglingskost	4	5
Kleinkindkost m. Flasche	65	11
Kleinkindkost ohne Flasche	46	15
	115	31

N = 146

Chi-Quadrat = 8,155 mit 2 Freiheitsgraden sign. $\leq$ 0,025*
Cont. coeff. = 0,23*)

zeigt, tendieren Mütter, die ihr Kind gestillt haben, eher dazu, ihrem Kind noch Flaschennahrung verbunden mit Kleinkindkost zu geben. Außerdem scheint eine Beziehung zum Erzieherverhalten sich anzudeuten. Wir hatten die Mütter im Interview gefragt, wo sich ihr Kind z.B. aufhält, wenn sie Hausarbeiten macht, wielange das Kind allein spielt u.ä. Einige Mütter berichteten dabei von

*) Die Berechnungen erfolgten nach den Formeln in CLAUSS u. EBNER.

einer engen Beziehung zwischen ihr und dem Kind. Sie erzählten, daß ihr Kind immer bei ihnen sei und auch nicht allein spiele, ohne daß es sie sehen könne. STÖHR geht in seiner Arbeit auf die Beziehungen dieser Mütter zu ihren Kindern und die Entwicklung der Kinder ein. Wir fanden, daß Mütter, die eine solche enge Beziehung zu ihrem Kind berichten, noch eher geneigt sind, ihrem Kind die Flasche zu geben, als die Mütter, die nichts dergleichen berichten. Tabelle 45 zeigt das Ergebnis.

Tabelle 45: Mutter-Kind-Beziehung und Ernährung des Kindes

	Kleinkindkost			
Mutter-Kind-Bez.	mit Flasche	ohne Flasche	N	%
eng	16	8	24	46,3
nicht so eng	12	17	29	53,7
	28	25	53	1oo,o

Chi-Quadrat =3,32 mit 1 Freiheitsgrad sign. ≤ o,1o
Cont. coeff. = o,24 *)

Zur Art der Information der Eltern über Pflege und Erziehung der Kinder (Frage 26) fanden wir keine Beziehungen.

*) Die Berechnungen erfolgten nach den Formeln in CLAUSS u. EBNER.

D.II.2.2. Maßnahmen der Eltern für die Gesundheit des Kindes, Ergebnisse

Nach den Angaben der Eltern, auf die Frage im Interview (Nr. 18), was sie für die Gesunderhaltung ihres Kindes tun, bildeten wir 5 Gruppen, die alle Antworten umschließen. Wir berücksichtigten dabei hauptsächlich die Gleichartigkeit der genannten Maßnahmen, nicht die Größe der entstehenden Gruppen. Tabelle 46 zeigt das Ergebnis. Mehrfachnennungen waren möglich. Von 2 Eltern fehlt die Antwort auf diese Frage.

Tabelle 46: Maßnahmen der Eltern für die Gesundheit des Kindes

Maßnahme	N	%
Psychische	1	0,7
Selbst durchführbare	114	75,5
Medizinische Prävention	55	36,4
Reaktion: Verhalten bei Krankheit	12	7,9
Andere	8	5,2

N = 151

Nur 1 Mutter sagt, daß sie besonders darauf achtet, daß ihr Kind sich psychisch wohl fühle und daß es viel Gelegenheit für anregende Spiele brauche. Diese Mutter ist Psychologiestudentin. Sie hat 5 Punkte im Aktivitätsindex für Prävention erhalten. Ihr Kind unterschied sich auch in seiner körperlichen Beschaffenheit und Entwicklung nicht von den anderen Kindern.

Mehr als 3/4 der Eltern legen besonderen Wert auf Dinge, die sie selbst durchführen können. Sie nennen dabei fast

immer mehrere Aspekte gleichzeitig, sodaß eine größere Differenzierung für die Untersuchung keinen Vorteil gebracht hätte.

Die am meisten genannten Maßnahmen sind Hygiene und Körperpflege, der Temperatur angemessene Kleidung, Ernährung und zusätzliche Vitamine; auch Aufenthalt in frischer Luft wird häufig in diesem Zusammenhang genannt.
Die Eltern, die diese selbst durchführbaren Maßnahmen nennen, gehören, wie Tabelle 47 zeigt, in der Tendenz eher den niedrigen Funktionsgruppen 0 - 3 an. Es handelt sich dementsprechend auch eher um Mütter, die höchstens einen Lehrabschluß haben.

Tabelle 47: Funktionsgruppenzugehörigkeit und selbst durchführbare Maßnahmen

Selbst durchführbare Maßnahmen	Funktionsgruppenzugehörigkeit 0 - 3	4 + 5	6 - 9
Ja	5o	29	35
Nein	2o	3	14
N = 151	7o	32	49

Chi-Quadrat = 5,o24 mit 2 Freiheitsgraden sign. = o,o81
Cont. coeff. = o,1794

Beziehungen zur körperlichen Gesundheit und Entwicklung sowie zur Krankheitshäufigkeit des Kindes, zum Informationsverhalten der Eltern traten nicht auf. Obwohl statistisch nicht signifikant, ist bemerkenswert, daß alle 4 Eltern aus dem Interview mit der niedrigsten Vorsorgeaktivität sich in dieser Gruppe befinden. Weitere 12 Eltern sind im mittleren Bereich des Aktivitätsindexes.

Über 1/3 der Eltern hält medizinische Prävention wie Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen, vorsorgliche Arztbesuche sowie Vitamin-D-Gabe für wichtig. 3 Eltern begründeten das mit häufigen Krankheiten ihres Kindes. Die Eltern dieser Gruppe kommen tendenziell eher, wie in Tabelle 48 ersichtlich, aus den hohen Funktionsgruppen 7 - 9, aber auch aus den Funktionsgruppen 0 - 2, wenn auch in geringerem Maße.

Tabelle 48: Funktionsgruppenzugehörigkeit und medizinische Prävention

Med. Prävention	Funktionsgruppenzugehörigkeit				
	0 - 2	3	4 + 5	6	7 - 9
Ja	16	7	1o	8	14
Nein	24	23	22	18	9
N = 151	4o	3o	32	26	23

Chi-Quadrat = 9,1o5 mit 4 Freiheitsgraden sign. = o,o59
Cont. coeff. = o,2385

Ihre Kinder waren tendenziell kürzer im 1. Lebensjahr im Krankenhaus mit o,36 Wochen gegenüber 1,23 Wochen im Durchschnitt bei den Kindern, deren Eltern die medizinische Prävention nicht nannten*). Die Kinder hatten auch mit durchschnittlich o,65 gastrointestinalen Infekten seltener diese Krankheiten als die anderen Kinder mit 1,o5**). In ihrer körperlichen Entwicklung -gemessen an Gewicht, Länge und Hautfettfaltendicke - bestand kein Unterschied. Hinsichtlich ihrer präventiven Aktivität haben alle Eltern mindestens die mittlere Aktivitätsstufe erreicht. Alle Kinder haben beide Früherken-

*) t-Test: t = 1,673, sign. = o,1o, 2 Gruppen, N = 151
**) t-Test: t = 2,357, sign. = o,o2, 2 Gruppen, N = 149

nungsuntersuchungen, nur 4 Kinder sind nicht ausreichend geimpft und nur ein Kind wurde nur bis zu viermal vorsorglich untersucht.

Da Doppelnennungen auch bei dieser Frage möglich waren, sollte festgestellt werden, ob Eltern, die Wert auf selbst durchführbare Maßnahmen legen, die medizinische Prävention seltener nennen. Das trifft, wie Tabelle 49 zeigt, zu.

Tabelle 49: Selbst durchführbare Maßnahmen und medizinische Prävention

Selbst durchführbare Maßnahmen	Medizinische Prävention Ja	Nein	N	%
Ja	33	81	114	75,5
Nein	22	15	37	24,5
	55	96	151	100,0

Chi-Quadrat = 9,9514 mit 1 Freiheitsgrad sign. = 0,0016
Cont. coeff. = 0,2631

Schließlich geben ca. 8 % der Eltern an, wie sie sich verhalten, wenn ihr Kind krank ist. Sie konnten offensichtlich sich nichts unter Maßnahmen für die Gesunderhaltung vorstellen, sondern nur etwas unter Maßnahmen, die der Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Diese Eltern sind in keiner anderen Gruppe enthalten, wie auch die 8 Eltern, die Einzelaspekte wie Ruhe, genügend Schlaf, regelmäßigen Stuhlgang nannten oder auch erzählten, daß sie auf nichts Spezielles achten. Soziale und körperliche Unterschiede sowie Unterschiede im Krankheits- und Informationsverhaltern der Eltern traten nicht auf. Präventiv-medizinisch sind die Kinder gut versorgt.

D.III.3. Informationsquellen und Informationsverhalten der Eltern hinsichtlich Pflege und Erziehung ihres Kindes, Ergebnisse

In Frage 26 des Interviews wurden die Eltern gefragt, wie sie sich über Pflege und Erziehung ihres Kindes informieren. Nach den Angaben der Eltern bildeten wir 9 Gruppen, die vielfach Mehrfachnennungen enthalten. Es handelt sich auf der einen Seite um Personen, die gefragt werden, auf der anderen Seite um Massenmedien und schriftliches Material jeder Art sowie auch um die Berufsausbildung bzw. Berufstätigkeit der Mütter im medizinischen oder pädagogischen Bereich. Einige Eltern informieren sich überhaupt nicht. Tabelle 5o zeigt das Ergebnis.

Tabelle 5o: Informationsquellen der Eltern

	N	%
Laien	48	31,4
Niedergelassener Arzt	64	41,8
Arzt in der Säuglingsfürsorge	34	22,2
Arzt/Schwester in der Geburtsklinik, Säuglingspflegekurs	28	18,3
Nicht selbst beschafftes Material	69	45,1
Selbst beschafftes Material, Massenmedien	98	64,1
Berufsausbildung/Berufstätigkeit	23	15,o
Keine Information über Ernährung	23	15,o
Keine Information über Erziehung	9	5,9

N = 153

Die erste Gruppe von Eltern - fast 1/3 der Eltern - holt sich bei Personen Rat, die mehr oder weniger qualifiziert sind wie Freunde und Verwandte meist mit Kindern

oder Drogisten und Apotheker, von denen angenommen wird, daß sie Erfahrung in solchen Dingen besitzen. Soziale Unterschiede oder Unterschiede bei Eltern behinderter Kinder oder im Aktivitätsindex traten nicht auf.

Über 4o % der Eltern fragen den niedergelassenen Arzt um Rat, aber um die Hälfte weniger - nur gut 2o % - den Arzt in der Säuglingsfürsorge. Beim niedergelassenen Arzt sind es in der Tendenz eher die älteren Mütter mit einem Durchschnittsalter von 27,7 Jahren als die um mehr als 1 1/2 Jahre jüngeren Mütter*). Dagegen scheinen medizinisch und/oder pädagogisch ausgebildete Eltern die Säuglingsfürsorge als Informationsquelle seltener zu benutzen**). Für den niedergelassenen Arzt war derartiges nicht nachzuweisen. Eltern, die sich in der Säuglingsfürsorge Rat holten, stellten überdurchschnittlich häufig ihre Kinder 1o mal und öfter dort vor. Eine Behinderung des Kindes hat keinen Einfluß auf die Informationsquelle.

Fast 1/5 der Eltern gibt als Informationsquelle den schon mehr als 1 Jahr zurückliegenden Säuglingspflegekurs oder die in der Geburtsklinik erhaltenden Tips zur Ernährung und Pflege an. Unterschiede sozialer Art, nach Behinderung oder in der Vorsorgeaktivität fanden wir nicht.

Fast die Hälfte der Eltern nennt Werbeschriften der Fertignahrungshersteller, den "Ratgeber für Mütter und Kind" von HÄUSSLER oder die PELIKAN-BRIEFE, die vom Arbeitskreis NEUE ERZIEHUNG herausgegeben werden, die die

*) t-Test: t = 1,938, sign. ≤ o,1o, N = 153, 2 Gruppen

**) Corr. Chi-Quadrat = 2,575 mit 1 Freiheitsgrad
sign. = o,1o9, Cont. coeff. = o,147, N = 153

Eltern ohne eigenes Zutun beim Einkaufen, beim Arzt oder per Post erhalten. Die Inaktivität der Eltern bei der Beschaffung dieses Materials war die Ursache für die Zusammenfassung in einer Gruppe, nicht ihre Qualität, die durchaus unterschiedlich ist. Alleinstehende Mütter*) und Eltern mit medizinischer und/oder pädagogischer Ausbildung**) informieren sich tendenziell weniger durch diese Schriften. Zur Behinderung des Kindes und zum Aktivitätsindex waren keine Beziehungen aufgetreten.

Dieser Gruppe stellten wir die Gruppe von Eltern gegenüber, die sich aktiver zu informieren suchen; sie lesen entsprechende Zeitschriften und Bücher und wählen im Rundfunk- Fernsehprogramm Sendungen aus, von denen sie Ratschläge und Kenntnisse in Erziehungs- und Pflegefragen erhalten könnten. Diese Gruppe umfaßt fast 2/3 der befragten Eltern. Sie stammen, wie Tabelle 51 zeigt, signifikant eher aus den Funktionsgruppen 4 - 9.

*) Corr. Chi-Quadrat = 3,084 mit 1 Freiheitsgrad
sign. = 0,079, Cont. coeff. = 0,165, N = 151

**) Corr. Chi-Quadrat = 3,29 mit 1 Freiheitsgrad
sign. = 0,07, Cont. coeff. = 0,16, N = 153

Tabelle 51: Funktionsgruppenzugehörigkeit und aktive Information

Aktive Information	Funktionsgruppe 0 - 3	4 - 9	N	%
Ja	39	59	98	64,1
Nein	32	23	55	35,9
	71 46,4	82 53,6		

N = 153

Corr. Chi-Quadrat = 4,o775 mit 1Freiheitsgrad sign. = o,o435, Cont. coeff. = o,1742

Dementsprechend ist das Familieneinkommen auch höher und die Mütter sind tendenziell älter. Auch die Eltern behinderter Kinder scheinen sich eher aktiv zu informieren*). Kinder der Eltern dieser Gruppe sind überdurchschnittlich häufig ausreichend geimpft worden**).

15 % der Mütter gaben schließlich als Informationsquelle die eigene Berufsausbildung oder eine Berufstätigkeit im medizinischen oder pädagogischen Bereich an. 8 Mütter haben medizinische Berufe, 12 einen pädagogischen bzw. psychologischen und 3 Mütter geben Arbeit im Kindergarten, in der Krippe oder Säuglingsfürsorge an. Nur 6 Mütter haben eine Hochschulausbildung absolviert. Diesen Ausbildungsgängen entsprechend sind es in der Tendenz auch eher Mütter aus höheren Funktionsgruppen***).

*) Chi-Quadrat = 2,847 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,o92, Cont. coeff. = o,152, N = 153

**) Chi-Quadrat = 4,524 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,o33, Cont. coeff. = o,194, N = 147

***) Chi- Quadrat = 4,796 mit 2 Freiheitsgraden sign. = o,o91, Cont. coeff. = o,174, N = 153

Unterschiede im Aktivitätsindex traten nicht auf.

Schließlich sagen noch 15 % der Eltern, daß sie sich in Ernährungsfragen nicht informieren, und weitere 6 %, nicht in Erziehungsproblemen. Es sind besonders Eltern aus niedrigen Funktionsgruppen, die berichten, daß sie ihr Kind nach eigenem Ermessen, nach Gutdünken, also ohne genauere Informationen zu besitzen, ernähren, wie Tabelle 52 zeigt.

Tabelle 52: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Information in Ernährungsfragen

Ernährungsinformation	Funktionsgruppe 0 - 3		4 - 9		N	%
Ja	16		7		23	15,0
Nein	55		75		130	85,0
	71	46,4	82	53,6		

N = 153

Corr. Chi-Quadrat = 4,7935 mit 1 Freiheitsgrad sign. = 0,0286, Cont. coeff. = 0,19171

Auch die Eltern, die sich über Erziehung nicht informieren, scheinen bevorzugt aus schlechteren sozialen Verhältnissen zu kommen; so ordneten wir 8 von 9 Eltern den Funktionsgruppen 0 - 3 zu. Aber wegen der kleinen Zahl ist das statistische Ergebnis nicht verwertbar. Zu Behinderungen und Vorsorgeaktivität fanden wir in beiden Gruppen keine Unterschiede bzw. Hinweise für Unterschiede zu den anderen Eltern.

D.III. Verhalten der Eltern bei Krankheit des Kindes

1. Ergebnisse

1. Arztbesuche wegen Krankheit des Kindes

In Frage 9 des Fragebogens wurden die Eltern nach der Häufigkeit von Arztbesuchen wegen Krankheit ihres Kindes und den Ursachen gefragt. Die Eltern suchten den Arzt zwischen 0 und 5o mal auf. Der Durchschnitt beträgt 4,64 Besuche bei einem Median von 2,84 und einer Standardabweichung von 5,62 bei 475 Antworten. 2o Eltern beantworteten die Frage nicht. Tabelle 53 zeigt das Ergebnis in Gruppen geordnet.

Tabelle 53: Häufigkeit von Arztbesuchen wegen Krankheit

Besuche	N	%
0	44	9,3
1 - 2	171	36,o
3 - 5	149	31,4
6 - 9	44	9,3
1o und mehr	67	14,o
	475	1oo,o

Die Zahl der Besuche läßt keine genaue Aufschlüsselung der Arztbesuche pro Krankheitsfall zu. Trotzdem haben wir versucht, aus den Antworten der Eltern auf diese Frage und auf Frage 8 des Fragebogens ein derartiges Verhältnis zu errechnen. In Beziehung gesetzt wurde die Zahl der Arztbesuche wegen Krankheit mit der Summe aller Krankheiten. Nach Tabelle 54 haben nur 1o % der Eltern den Arzt nicht wegen Krankheit konsultiert, da ihr Kind auch nicht krank war. Über 4o % der Eltern waren höch-

Tabelle 54: Zahl der Arztbesuche wegen Krankheit zu der Zahl der Krankheitsfälle

Besuche pro Krankheitsfall	N	%
0	48	1o,o
bis zu o,5	2o1	41,7
bis zu 1	124	25,8
bis zu 2	71	14,8
über 2	37	7,7
	481	1oo,o

stens bei jeder 2. Krankheit beim Arzt und 1/4 der Eltern bis zu 1 mal pro Krankheit. Ca. 15 % der Eltern waren bis zu zweimal pro Krankheit beim Arzt und ca. 8 % mehr als zweimal. Aus diesen Zahlen ist rein rechnerisch zu entnehmen, daß mindestens 4o % der Eltern Krankheiten ihrer Kinder selbst behandelt haben müssen. Bei knapp der Hälfte der Eltern ist dies nicht auszuschliessen, da ja unterschiedlich schwere Krankheiten auch verschieden häufige Arztbesuche erfordern, und die Eltern möglicherweise die Krankheiten, die sie für leichter halten, selbst behandeln.

Als Gründe für einen Arztbesuch geben 63 % der Eltern respiratorische Infekte an, 16 % Behinderungen, die nicht infektiös bedingt waren. 45 % der Eltern nennen andere Ursachen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Zwischen der Häufigkeit von Arztbesuchen und den einzelnen Krankheitsgruppen, Krankenhausaufenthalt, und Behinderungen bestehen, wie kontrolliert wurde, hochsignifikante Beziehungen.

Dagegen finden sich keine Beziehungen zur Anzahl von Vorsorgebesuchen. Zum Aktivitätsindex deutet sich eine

Beziehung an. Die Mütter der 8 unterversorgten Kinder waren 6,8 mal wegen Krankheit des Kindes beim Arzt, die der mittleren Gruppe knapp 6 mal und die aktivsten Eltern nur 4,7 mal. Auch hier ist das Ergebnis wegen der kleinen und unterschiedlichen Gruppengröße statistisch nicht verwertbar.

Zu den üblichen sozialen Variabeln sind so gut wie keine Zusammenhänge nachweisbar. Lediglich die alleinstehenden Mütter suchen den Arzt tendenziell häufiger wegen Krankheit auf als die verheirateten Mütter mit 6,2 Arztbesuchen gegenüber 4,5*). Auch die Krippenkinder, die ja einem besonders hohen Infektionsrisiko unterliegen, mußten mit 7,6 Arztbesuchen signifikant häufiger behandelt werden als die Familienkinder mit 4,4 Arztbesuchen**).

Eine ausführliche Darstellung und Wertung dieser Ergebnisse findet sich in der Arbeit von KUMMER.

*) $t = 1,7$, sign. = o,1o, N = 473, 2 Gruppen

**) $t = 3,31$, sign. = o,oo1, N = 472, 2 Gruppen

D.III.1.2. Erkennen von und Verhalten bei Krankheit des Kindes

In Frage 22 des Interviews wurden die Eltern nach Kriterien gefragt, anhand derer sie Krankheiten ihres Kindes bemerken. Bei der Auswertung fiel auf, daß 6 Eltern angaben, daß ihr Kind noch nie richtig krank gewesen sei, sondern bloß Schnupfen, Husten usw. gehabt habe. Die anderen 128 Eltern machten keine derartigen Bemerkungen, sondern berichteten sofort von ihren Beobachtungen. Bei der Überprüfung dieser Angaben zeigte sich, daß die Kinder tatsächlich seltener krank gewesen zu sein scheinen und kürzer oder gar nicht im Krankenhaus als die Kinder der Eltern, die sofort auf die Frage richtig eingingen. Wegen der kleinen Zahl sind die statistischen Ergebnisse allerdings nicht voll verwertbar.

Bei einem Vergleich dieser Angaben mit den Fragebogenantworten dieser Eltern auf die Frage nach Arztbesuchen wegen Krankheit des Kindes stellte sich heraus, daß alle Kinder wegen Krankheit in ärztlicher Behandlung waren. Wegen Infektionen des Respirationstraktes (Tab. 55) und wegen sonstiger Erkrankungen*) waren signifikant weniger Eltern beim Arzt gewesen. Dies deutet auf die Schwierigkeiten der Eltern bei der Definition von 'Krankheit' hin. Diese Eltern mögen im Nachhinein Krankheiten ihrer Kinder nicht mehr als solche gewertet haben.

Soziale Unterschiede fanden wir nicht.

Abgesehen von diesem Sonderaspekt werteten wir die Frage nach dem Gesichtspunkt aus, ob die Eltern Krankheiten nur an psychischen Verhaltensänderungen wie Spielunlust, Unausgeglichenheit u.ä. oder nur an körper-

*) Chi-Quadrat = 4,789 mit 1 Freiheitsgrad sign. ≤ 0,05,
Cont. coeff. = 0,175 N = 153

Tabelle 55: Arztbesuche wegen Respirationskrankheiten und Antwort, das Kind sei nie bzw. nie richtig krank gewesen.

Antwort	Arztbesuche					
	Ja		Nein		N	%
Nie bzw. nie richtig krank gewesen	11		14		25	16,3
War schon krank	91		37		128	83,7
N = 153	1o2	66,7	51	33,3		

Chi-Quadrat = 5,711 mit 1 Freiheitsgrad sign. = o,o25,
Cont. coeff. = o,19

Die Tests wurden nach den Formeln in CLAUSS u. EBNER berechnet.

lichen Merkmalen wie Fieber, Hautausschlag, Schnupfen u.ä. oder auch an beiden Veränderungsarten erkennen. Tabelle 56 zeigt das Ergebnis.

Tabelle 56: Erkennen von Krankheiten an Veränderungen

Veränderungen	N	%
nur psychischer Art	6o	39,2
nur körperlicher Art	19	12,4
körperlicher und psychischer Art	6o	39,2
nicht zuordenbar	14	9,2
	153	1oo,o

Nicht zuordenbar waren die Antworten der 6 Eltern, deren Kinder angeblich nie krank waren, sowie von 8 der 19 Eltern, deren Kinder noch nie richtig krank waren, weil sie keine Merkmale für Krankheiten angeben konnten.

Von den üblichen sozialen Variabeln sind nur Alter und Berufsausbildung der Mütter unterschiedlich verteilt. So meinen gerade die mit durchschnittlich 25,2 Jahren Alter jüngsten Mütter, Krankheiten ausschließlich an Verhaltensänderungen zu erkennen. Mütter mit einem Durchschnittsalter von 26,5 Jahren bemerken Krankheiten nur an körperlichen Veränderungen, während die mit 28,3 Jahren ältesten Mütter Krankheiten sowohl an psychischen als auch an körperlichen Veränderungen feststellen*). Es sind tendenziell auch eher die Mütter ohne Berufsausbildung, die Krankheiten am psychischen Verhalten bemerken, während Mütter mit Anlernausbildung oder Lehrabschluß eher körperliche Veränderungen als Krankheitszeichen wahrnehmen. Mütter mit Fachschul- oder Hochschulausbildung nennen beide Aspekte**).

Die Häufigkeit respiratorischer und gastrointestinaler Infekte sowie die Häufigkeit aller Krankheiten ist gleich verteilt.

Infektionsrisiko und Häufigkeit von Arztbesuchen wegen Krankheit differieren nicht. Aber die 19 Kinder, deren Eltern Krankheiten nur an körperlichen Veränderungen bemerken, waren mit 2,74 Wochen signifikant länger im 1. Lebensjahr im Krankenhaus als die, deren Eltern psychische Veränderungen feststellen, mit o,83 und auch länger als die, deren Eltern beide Aspekte nennen, mit o,4 Wochen***).

*) F-Test, F = 6,621, sign. = o,o1, N = 139, 2, 136

**) Chi-Quadrat = 9,111 mit 4 Freiheitsgraden sign. ≤ o,1o, Cont. coeff. = o,2515, N = 135, berechnet nach den Formeln in CLAUSS u. EBNER

***) F-Test, F = 4,o6, sign. = o,o5, N = 139, 2, 136

Auf Frage 23 erwarteten wir Antworten, die eine Trennung zwischen Eltern, die bei Krankheiten ihres Kindes sofort zum Arzt gehen, und solchen, die erst einmal abwarten, selbst die Behandlung versuchen und erst bei Verschlimmerung des Zustandes zum Arzt gehen*), zuließen. Tabelle 57 zeigt das Ergebnis.

Tabelle 57: Behandeln von Krankheiten

Behandeln	N	%
Selbst	82	53,9
Nicht-selbst	58	38,2
nicht zuordenbar	12	7,8
	152	100,0

Die üblichen sozialen Variabeln sind bis auf die Variabel Schichtarbeit mindestens eines Elternteils gleich verteilt. Eltern, die Schichtarbeit machen müssen, suchen tendenziell eher den Arzt auf.**)

Kinder, deren Eltern sie selbst behandeln, hatten tendenziell häufiger Schnupfen***) mit einem Durchschnittswert von 2,76 mal gegenüber 2,24 bei Eltern, die gleich zum Arzt gehen, aber mit 1,59 mal gegenüber 1,09 mal signifikant öfter Husten****). Krankenhausaufenthalt, gastrointestinale Infekte, Infektionsrisiko, Häufigkeit von Arztbesuchen und Vorsorgeverhalten sind gleich verteilt.

*) Auf die Auswertung der einzelnen selbst behandelten Krankheiten wurde verzichtet, da ausschließlich "Bagatellinfektionen" genannt wurden, nie jedoch schwerere Erkrankungen. Auch Frage 24 wurde nicht ausgewertet, weil alle Eltern Fieber gemessen haben.

**) Chi-Quadrat = 3,304 mit 1 Freiheitsgrad sign. = 0,069, Cont. coeff. = 0,172, N = 140

***) $t = 1{,}669$, sign. $< 0{,}10$, N = 140

****) $t = 1{,}985$, sign. = 0,05, N = 140

D.IV. Diskussion der Ergebnisse

1. Das Informationsverhalten der Eltern

Anhand des Aktivitätsindexes stellten wir fest, daß einige wenige Kinder deutlich präventiv unterversorgt bzw. ihre Eltern wenig aktiv im Vorsorgeverhalten sind. Die Kinder waren anscheinend häufiger wegen Krankheit in ärztlicher Behandlung. Sie kommen vermutlich eher aus schlechteren sozialen Verhältnissen und scheinen auch häufiger krank gewesen zu sein. Ähnliches scheint auch auf die Kinder der Eltern mit mittlerer Vorsorgeaktivität zuzutreffen.

Entsprechende Hinweise geben SMILEY u. Mitarbeiter sowie NOLAN u. Mitarbeiter. In beiden Arbeiten wird darauf hingewiesen, daß Kinder aus schlechteren sozialen Verhältnissen häufiger wegen Krankheit zum Arzt gebracht werden als zu Vorsorgeuntersuchungen. Bei SMILEY ist das schon bei Kindern im Alter von 3 Monaten ausgeprägt.

Warum nun nehmen die Eltern die Möglichkeiten der Präventivmedizin nicht genügend in Anspruch? Da Vorsorgemaßnahmen in der Säuglingsfürsorge kostenlos und in unserer Untersuchung alle Eltern und Kinder krankenversichert sind, hätten alle Eltern sie in gleicher Weise für ihre Kinder wahrnehmen können. Daß sie es nicht tun, mag an ihrer mangelnden und schlechteren Information über die präventiv-medizinischen Maßnahmen liegen sowie auch an ihrem mangelnden Gesundheitsbewußtsein. Diesbezügliche Hinweise finden sich - abgesehen von der schon zitierten GfG-STUDIE - auch in dieser Untersuchung.

Mehr Mütter aus niedrigen Funktionsgruppen als aus höheren informieren sich in Ernährungs- und Erziehungsfragen überhaupt nicht. Ihr Informationsverhalten ist

inaktiver; sie lesen keine Bücher oder Zeitschriften und ziehen auch die Massenmedien weniger heran. Jüngere Mütter, die ja überwiegend in schlechteren sozialen Verhältnissen leben, fragen weniger den niedergelassenen Arzt um Rat. Entsprechendes gilt auch für alleinstehende Mütter.

Auch das Gesundheitsbewußtsein scheint bei Eltern aus niedrigen Funktionsgruppen weniger ausgeprägt zu sein, legen sie doch im Gegensatz zu Eltern aus höheren Funktionsgruppen weniger Wert auf medizinische Prävention.

Im Gegensatz zu ihnen scheinen Eltern aus den höheren Funktionsgruppen aktiver in der Prävention und in ihrem Informationsverhalten zu sein. Dieses aktive Verhalten hat auch offensichtlich zu einem größeren Gesundheitsbewußtsein geführt. Medizinische Prävention zum Schutz der Gesundheit des Kindes wird von diesen Eltern häufiger genannt, während die selbst durchführbaren Maßnahmen nicht die Bedeutung einnehmen, die ihnen bei den anderen Eltern zukommt. Diese Eltern ziehen auch eher den niedergelassenen Arzt zu Rate.

Dieses unterschiedliche Verhalten wird zum größten Teil durch die bessere soziale Lage und bessere Ausbildung - oft auch eine medizinische und/oder pädagogische Ausbildung - bewirkt, die Zugang zu schriftlichen Informationsträgern, aber auch zum Gespräch mit dem Arzt und das Verständnis von verbalen Argumenten, wie sie in Radio- und TV-Sendungen vorgebracht werden, erleichtern. Auf diese Weise wird auch ein bewußteres Gesundheitsverhalten entwickelt.

Daß Eltern behinderter Kinder sich ebenfalls aktiver informieren, ist sicher mit der größeren Besorgtheit um das Kind zu erklären, das größere Aufmerksamkeit erfordert. Die Behinderung gleicht soziale Unterschiede im Informationsverhalten aus. Es erscheint daher möglich, Eltern aus schlechten sozialen Verhältnissen zu Präventivmaßnahmen zu motivieren.

Mit einem verstärkten Einsatz der Massenmedien würden demnach nur wieder die Eltern angesprochen, die ohnehin schon von ihnen erreicht werden. Die Chance, auch die anderen Eltern, die noch nicht gut informiert sind und kein ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein haben, ist als gering einzuschätzen, zumal die Definition der 'Aktiven Information' von uns sehr weit gefaßt war.

Die Informationsvermittlung über Werbeschriften usw. ('Passive Information') erreicht zwar viel mehr Eltern, jedoch ist hier zu untersuchen, ob Werbung oder der tatsächliche Informationsgehalt überwiegt (z.B. in Schriften wie der "Ärztliche Ratgeber") und was am meisten von den Eltern wahrgenommen wird. Die Verbindung von Werbung und Information muß ohnehin kritisch gesehen werden im Hinblick auf die Glaubwürdigkeit der Information. Auf andere Formen einer gezielten Informationsvermittlung wird im abschließenden Kapitel der Arbeit eingegangen.

2. Gesundheits- und Krankheitsbegriff und das Verhalten der Eltern

Sieht man sich die Diskussion um den Gesundheits- und Krankheitsbegriff in der Fachliteratur an, so sind sie selbst da nicht eindeutig definiert; es werden u.a. allgemein humanistische, arbeitsrechtliche, versicherungsrechtliche, statistische, psychosomatische, somatische, schichtenspezifische, rollentheoretische und soziale Dimensionen allein oder kombiniert miteinander zur Definition herangezogen. Die Definitionen sind weder allgemeingültig für alle Bevölkerungen noch für jedes Lebensalter eines Individuums gültig.

So wären auch die Eltern überfordert gewesen, hätten wir sie nach ihrem Gesundheitsbegriff bzw. ihrem Krankheitsbegriff gefragt. Vermutlich hätten sie nur die üblichen Ansichten wiederholt, die vor allem auf der Basis der naturwissenschaftlichen Medizin entwickelt wurden und die körperliche Beschaffenheit in den Vordergrund stellen. In der ITEM-STUDIE wurden sowohl Kinderärzte gefragt wie auch Eltern über die Ansicht, von Eltern über Gesundheit. Nach Meinung der Ärzte und auch der Eltern "(ist) Gesundheit primär körperliches Intaktsein. Der soziale und geistige Bereich nimmt in den Reflexionen und Verhaltensweisen von Eltern nur sehr geringen Raum ein. Er wird im Vergleich zum Thema der körperlichen Gesundheit mit zeitlicher Verzögerung aktuell und unterliegt deshalb auch in höherem Maße lediglich reaktiven Momenten." (S. 41) *)

*) Allerdings "muß ..." nach den Ergebnissen der ITEM-STUDIE "davon ausgegangen werden, daß die Ärzte kaum mehr Kriterien der Eltern für die Bestimmung der Gesundheit ihrer Kinder zu nennen wissen, als die Eltern selbst. Gesundheit wird auch hier erst zum Thema, wenn Merkmale für Krankheit sichtbar werden. ... Erst Abweichungen von Normen mit Selbstverständlichkeitscharakter beunruhigen." (S. 22).

Das voraussetzend wurde nach konkretem Verhalten der Eltern in Angelegenheiten der Gesundheit und der Krankheit des Kindes gefragt und versucht aus den Antworten der Eltern Rückschlüsse auf den Gesundheits- und Krankheitsbegriff zu ziehen. Das ist nur zum Teil gelungen, da einige Eltern mit der Frage, was sie für die Gesundheit ihres Kindes tun, nichts anzufangen wußten. Am deutlichsten war das bei den Eltern, die hier ihr Verhalten bei Krankheit des Kindes berichteten.

Schwierig ist auch die Einschätzung des Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffes bei den Eltern, deren Kinder angeblich noch nie oder noch nie richtig krank waren, die aber alle - wenn auch seltener - schon in ärztlicher Behandlung wegen Krankheit waren.

Zumindest bei diesen Eltern sind die Begriffe sehr diffus.

In Bezug auf die Gesundheit nennen die Eltern überwiegend auf den Körper gerichtete Aktivitäten und Überlegungen; fast alle führten Maßnahmen an, die sie selbst durchführen können und die im Prinzip auf die Verhütung von körperlicher Krankheit ausgerichtet sind, oder solche, die spezielle körperliche Schäden rechtzeitig erkennen und mildern helfen, wie sie durch die Präventivmedizin möglich sind.

Danach scheint das Gesundheitsbewußtsein der Eltern generell hoch zu sein. Das entspricht auch den Ergebnissen der ITEM-STUDIE für Kinder dieses Alters. Dort heißt es: "Die gesundheitliche Erziehung, besser: das gesundheitliche Bewußtsein, beginnt bereits im praenatalen Stadium und findet in einer Zeit seinen Höhepunkt, in der das Kind allein nicht lebensfähig und seine Lebenserwartung am geringsten ist. Die Intensität der allgemeinen Erziehung hingegen hat ihren Kulminationspunkt in einer Zeit, da sich für das Kind die unreflektierte Mitwelt zur distanzierten Umwelt umstrukturiert, ein Ich-Bewußtsein gewonnen wird und persönliche Neigungen sichtbar werden."

Bis zum Alter von 1 Jahr überwiegen also Maßnahmen, die der körperlichen Gesundheit dienen. Beim Säugling werden vor allem Sauberkeit und Körperpflege, Ernährung, regelmäßige ärztliche Untersuchung, frische Luft usw. genannt. Erst im Alter von 3 - 5 Jahren werden die soziale Entwicklung und bei 6 - 7 jährigen die geistige Entwicklung bedeutungsvoll.

Schon bei 1o-jährigen kommt allen 3 Bereichen kaum mehr Bedeutung zu. Ähnliches ist sicher auch bei den Eltern dieser Untersuchung zu erwarten.

Wird Gesundheit überwiegend somatisch definiert im Verhalten der Eltern, so tauchen dennoch vielfältige psychische und emotionale Momente beim Verhalten bei Krankheit und auch bei der Ernährung des Kindes auf. Diese Aspekte werden einerseits im kindlichen Verhalten beobachtet, gehen aber oft auch von der Mutter aus.

Da die Gesellschaft den Müttern allein die volle Verantwortung für das Wohlergehen ihres Kindes auferlegt, nicht aber für eine entsprechende Ausbildung der Mütter sorgt, muß jede Krankheit des Kindes für die Mutter persönliches Versagen bedeuten. So ist auch zu erklären, daß viele Mütter bei vorsorglichen Arztbesuchen und Früherkennungsuntersuchungen die Bestätigung ihrer eigenen Fähigkeiten wünschen, daß ein Teil von ihnen besonders häufig zum Arzt geht und ihn um Rat fragt und daß Mütter, die Wert auf Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen legen, Krankheiten weniger selbst behandeln. Diese Verantwortlichkeit für das Wohl des Kindes hat möglicherweise auch zu einer Übersensibilisierung geführt, so daß viele Mitter Krankheiten allein an psychischen Verhaltensänderungen ihres Kindes zu erkennen meinen. Die geringste Abweichung vom üblichen Verhalten erhält schon Krankheitswert. In diesen Komplex gehören auch die sich andeutenden Beziehungen zwischen der Ernährung des Kindes

und dem Stillwillen der Mutter sowie der engen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Weiter zu untersuchen ist in diesem Zusammenhang, ob Mütter, die zusätzlich zur Kleinkindkost ihrem Kind noch die Flasche geben und entweder eine besonders enge Mutter-Kind-Beziehung berichten oder ihr Kind zumindest in den ersten Lebenstagen gestillt haben, ihr Kind mehr oder minder bewußt klein halten wollen, um länger ihr Kind in völliger Abhängigkeit zu halten und einen größeren Einfluß auf seine Gesundheit zu bewahren, oder ob sie ihrem Kind bewußt kein rigides Nahrungsschema aufzwingen wollen, um so - verbunden mit anderen entsprechenden Erziehungsmaßnahmen - ihrem Kind die eigene Bedürfnisbefriedigung und Bestimmung des Entwicklungstempos zu ermöglich.

Außer diesen psychisch-emotionalen Aspekten sind auch Hinweise vorhanden, daß Krankheiten von verschiedenen sozialen Gruppen unterschiedlich bewertet werden. Wir haben festgestellt, daß Arztbesuche wegen Krankheit von Eltern aller sozialen Gruppen gleich häufig gemacht wurden. MÜLLER weist in seiner Arbeit nach, daß Kinder aus schlechteren sozialen Verhältnissen häufiger krank waren; insbesondere gilt das für Erkältungskrankheiten. Diese Kinder waren aber nicht häufiger beim Arzt als die seltener kranken aus den besseren sozialen Verhältnissen. Dieses Ergebnis wirft zwei Fragen auf, nämlich ob ihre Mütter Krankheiten eher selbst behandelt haben oder ob sie Krankheiten nicht als solche bewerten bzw. fixiert auf psychische Veränderungen im Verhalten des Kindes nicht richtig erkennen.

Anhand der Interviewdaten läßt sich nachweisen, daß Mütter aus schlechteren sozialen Verhältnissen Krankheiten nicht mehr selbst behandeln als die Mütter aus

besseren Verhältnissen. Eine Ausnahme machen die Eltern, die aufgrund ihrer besonderen Lebensumstände einer größeren Belastung ausgesetzt sind; diese Eltern machen Schichtarbeit, haben ihr Kind in der Krippe oder sind alleinstehende Mütter. Krankheit des Kindes bedeutet für sie eine zusätzliche Beeinträchtigun der ohnehin schwierigen Lebensverhältnisse und muß daher so schnell wie möglich beseitigt werden. Sie gehen daher bei jeder Krankheit des Kindes sofort zum Arzt.

Wenn nun also Mütter aus schlechteren Verhältnissen ihre Kinder nicht häufiger selbst behandeln, so ist zu fragen, ob sie alle Krankheiten auch als solche bewerten oder ob z.B. einem Schnupfen, den das Kind ständig hat, kein Krankheitswert mehr zukommt und ob sie erst bei schweren Krankheiten und bei Verhaltensveränderungen ihres Kindes zum Arzt gehen, während Mütter aus besseren sozialen Lebensverhältnissen Krankheiten entweder nur an körperlichen oder auch an körperlichen und psychischen Veränderungen erkennen und schon bei den leichtesten Anzeichen von Krankheit zum Arzt gehen. KOOS weist in seiner schon klassischen Untersuchung zum Gesundheitsverhalten amerikanischer Mittelstadtbewohner auf eine unterschiedliche Bewertung von Krankheiten und Krankheitssymptomen in bestimmten sozialen Gruppen hin. So werden Krankheiten, die in einer bestimmten sozialen Gruppe ziemliche alle Individuen haben, nicht als krank eingestuft, sonder als 'Normalzustand', der nicht behandlungsbedürftig ist. Dieselben Krankheiten werden in einer anderen sozialen Gruppe, in der sie nicht allgemein verbreitet sind, durchaus als Krankheiten anerkannt und entsprechend einer Behandlung zugeführt.

Am realistischsten in der Einschätzung, wann ihr Kind krank wird, erscheinen die Eltern, die sowohl die psychischen als auch die körperlichen Reaktionen ihres Kindes in die Beurteilung einbeziehen, weil Krankheiten durchaus unterschiedlich beginnen und sich auch unterschiedlich auf die körperliche und psychische Verfassung der Kinder auswirken.

Eine Sondergruppe bilden die Eltern, deren Kinder schon im Krankenhaus lagen. Sie meinen Krankheiten vor allem an körperlichen Veränderungen zu bemerken. Ob sich hier die Erfahrung der Eltern ausgewirkt hat, daß Krankheiten sich rasch verschlimmern können, länger dauern und gefährlicher sind, wenn sie nicht rechtzeitig adäquat behandelt werden, oder ob auch die Betonung körperlicher Symptome, die wichtig für die ärztliche Diagnosestellung sind, durch die Ärzte dieses Verhalten bewirkt hat, ist nicht endgültig zu beurteilen, sonder müßte in weiteren Untersuchungen geklärt werden.

Insgesamt gesehen scheinen Gesundheits- und Krankheitsbegriff noch diffus zu sein und auch von den verschiedenen Lebenssituationen und -verhältnissen geprägt zu werden. Diese unterschiedliche Einschätzung von 'krank' und 'gesund' und was der Gesundheit dienlich ist, bzw. was nicht, führt zu einem Verhalten der Eltern, daß sicher nicht immer adäquat ist. Das mag in dieser Untersuchung besonders deutlich sein, da es sich um Eltern mit ihrem 1. Kind handelt, unerfahren und zum Teil überbesorgt, zum Teil aus Unkenntnis Sachverhalte falsch einschätzend.

Beide Verhaltensweisen sind gleichermaßen für den Arzt

schwierig zu handhaben, fühlt er sich einerseits überhaupt zu oft und zu oft wegen 'Bagatellen' belästigt, andererseits zu oft auch mit schweren Krankheiten und Störungen konfrontiert. Mit beiden Elternarten muß er unterschiedlich umgehen (lernen). Hierin liegt auch ein Faktor des gestörten Arzt-Patienten-Verhältnisses und die Notwendigkeit, die Eltern und Ärzte zu einem adäquaten Gesundheits- und Krankheitsbewußtsein und -verhalten zu erziehen.

3. Der Arzt als Informationsquelle der Eltern

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß Ärzte sehr häufig in Fragen der Pflege und Erziehung des Kindes um Rat gefragt werden. Dieser Aspekt ist wichtig, weil fast ausschließlich Ärzte Säuglinge und Kleinkinder sehen; Pädagogen und Psychologen u.a. haben normalerweise keinen Kontakt zu Kinder in diesem Alter, wenn man von hospitalisierten und Krippenkindern absieht. Es wurde auch gezeigt, daß Eltern mit positiver Einstellung zu niedergelassenen Ärzten bzw. Säuglingsfürsorge häufiger den Arzt der entsprechenden Institution um Rat fragen als solche mit negativer Einstellung und daß sie auch dem entsprechend mehr vorsorgliche Besuche dort machen.

Von diesen Eltern ist anzunehmen, daß sie auch dem Rat der Ärzte folgen. Entsprechendes weisen FRANCIS u. Mitarbeiter sowie BECKER u. Mitarbeiter nach: Mütter, die mit dem Verhalten der Ärzte und ihren Erklärungen zufrieden sind, sind zuverlässiger in der regelmäßigen Gabe der verschriebenen Medikamente, wenn ihr Kind krank ist.

Wenn zufriedene Mütter bereitwillig den ärztlichen Ratschlägen folgen, so kann das nur sinnvoll sein, wenn die Ratschläge qualifiziert sind. Was Fragen der körperlichen Krankheit angeht, so ist an der Kompetenz der Ärzte im allgemeinen nicht zu zweifeln. Dagegen ist die Beurteilung ihrer Zuständigkeit in Fragen der Pflege und Erziehung schwieriger und zweifelhafter.

Die Begriffe 'Pflege' und 'Erziehung' wurden mitein-

ander verknüpft, weil zahlreiche Pflegemaßnahmen für den Säugling schon Erziehung bedeuten, ob das bewußt von den Eltern so gesehen wird oder nicht. Um das näher zu erläutern, ein Beispiel:

Wenn man den Säugling an regelmäßige Nahrungsaufnahme (alle 4 Stunden und nachts 8 Stunden Pause) gewöhnt, was schon in der Geburtsklinik begonnen wird, so ist das einerseits sinnvoll und in gewissen Grenzen notwendig von der Verdauungskapazität des Kindes her und auch dem berechtigten Bedürfnis der Bezugsperson (gewöhnlich der Mutter) nach Entspannung und Schlaf; es bedeutet andererseits aber eine Erziehung des Kindes dazu, möglichst nur zu bestimmten Zeiten Hunger zu haben und sein Bedürfnis - das Stillen des Hungers - so lange aufzuschieben, bis es die Bezugsperson für richtig hält, das Kind zu füttern.

An diesem Beispiel, das wegen der Häufigkeit der Beratung in Ernährungsfragen gewählt wurde, ist deutlich abzulesen, wie eng beim Kleinkind Pflege und Gewöhnung an soziale Normen, gesellschaftlich verlangte und gebilligte Verhaltensmuster miteinander verzahnt sind. In diesem Beispiel: Einhaltung des 4-Stunden-Rhythmus führt zu Triebaufschub und Regelmäßigkeit; wir dürfen durchaus annehmen, daß dies der Beginn ist für eine Erziehung zu Pünktlichkeit und Ordentlichkeit, die dann weiterhin durch die Sauberkeitserziehung fortgesetzt wird *). Diesen Zusammenhang schildert z. B. auch CZERNY in seinen Vorlesungen sehr deutlich, wenn er auch für heutige Verhältnisse die Rolle und den Einfluß des Arztes etwas überschätzt. Arzt wie Mutter muß also schon bei einfachen Pflege- und Ernährungsmaßnahmen die erzieherische Wirkung auf das Kind sehen. Wenn CZERNY schreibt: "Die Lebenserfahrung der Eltern, die

*) Vgl. dazu auch GOTTSCHALCH et al., S. 52 ff.

Erinnerungen an ihre eigenen Kinderjahre reichen aus, um in jedem Augenblicke den für ein Kind passenden und zweckmäßigen Erziehungsmodus zu finden. Für normale Eltern waren deshalb Lehrbücher oder Zeitschriften über Kindererziehung niemals ein großes Bedürfnis.",

so trifft das heute nicht mehr zu. Die Anforderungen an die Erziehung haben sich inzwischen bedeutend verändert und sind wesentlich größer geworden. Das zeigt auch die Diskussion um Primärsozialisation, die Kinderladenbewegung, die Vorschulerziehung usw. Die Erfahrungen der Eltern reichen heute nicht mehr aus, die Möglichkeiten für das Kind in der üblichen 2 1/2-Zimmer-Wohnung seine Umwelt zu begreifen, sind gering. Damit gewinnt die Art und Weise, in der sich die Eltern und besonders die Mütter informieren, eine größere Bedeutung*).

Da die Eltern im allgemeinen selbst nur wenig Kenntnisse auf dem Gebiet der Pflege und Erziehung haben, aber selbst wenn sie über theoretische Kenntnisse verfügen, diese nicht in die Praxis umzusetzen vermögen, wie BACHMANN nachweist, bedürfen sie qualifizierter Unterstützung, die sie oft vom Arzt zu bekommen hoffen.

Die entsprechende Kompetenz der Ärzte ist zu bezweifeln,

*) Dennoch ist die im Interview gestellte Frage in dieser komplexen Form ungünstig, weil im Bewußtsein der Eltern und Ärzte häufig Pflege und Erziehung voneinander unabhängig gesehen werden, ihnen oft noch nicht klar ist, daß sie das Kind überhaupt schon erziehen.

da schon während des Medizinstudiums psychische und emotionale Belange des Patienten wie des gesunden Menschen vernachlässigt werden. Ebenso fehlt die Entwicklungspsychologie des Kindes. So bleibt es dem interessierten Arzt überlassen, sich selbst zu informieren, wenn er nicht bei den Kenntnissen, die ihm sein 'gesunder Menschenverstand' eingibt, bleiben will. Kenntnisse zu erwerben und zu vertiefen ist aber selbst für den Kinderarzt nicht einfach, da auf pädiatrischen Kongressen diese Themen kaum vertreten sind. Darauf weist auch DOXIADES hin.*)

Damit ist der interessierte Pädiater wiederum auf seine individuellen Möglichkeiten der Information angewiesen, die schon vom Zeitfaktor her als beschränkt anzusehen sind.

*) Ich selbst habe zusammenfassende Berichte von pädiatrischen Tagungen im ALETE-DIENST (s. Anhang) aus den Jahren 1967 - 73 durchgesehen; dabei wird Vollständigkeit nicht beansprucht. Über Themen, die irgendwie mit pädagogischen und sozialen Problemen der Familien (ohne behinderte Kinder) kamen auf 44 Tagungen nur 22 Referate vor, die auf 5 Tagungen gehalten wurden. Von diesen 22 Referaten und Diskussionen befaßten sich 1o mit Schulschwierigkeiten und Problemen der Ganztagsschule; 3 mit Problemen des Vorschulalters. Die restlichen 1o Referate betrafen Probleme der Familie in der Gesellschaft und Gefahren für die kindliche Entwicklung durch die Gesellschaft sowie psychische Probleme durch bestimmte Familienverhältnisse. Nur 4 Referenten waren erkennbar Nicht-Mediziner. Die Zahl der Referate mit speziellen medizinischen Themen beträgt ein Vielfaches. Über die Entwicklung und Erziehung des Säuglings und Kleinkindes wurde kein einziger Vortrag gehalten! Selbst auf einem "Colloquium über Probleme der Säuglingsaufzucht" fanden diese Themen keinen Raum! Bemerkenswert ist auch, daß die meisten Vorträge der Gesellschaft für Soziale Pädiatrie zeitlich parallel zu den anderen Referaten stattfanden, so daß der Pädiater wiederum nicht frei sich für diese Themen entscheiden konnte.

Unverständlich ist daher, warum Pädiater sich mit Vehemenz gegen neuere pädagogische und psychologische Anschauungen, Einsichten und Forschungsergebnisse wehren, statt zusammen mit Pädagogen und Psychologen zu kooperieren. Statt dessen werden Psychologen und insbesondere Pädagogen abqualifiziert (s. Fußnote S. 187), wie es HELLBRÜGGE z.B. in seinem Artikel "Pädiatrie und Pädagogik" (1975) macht, der die Pädiatrie als empirische Naturwissenschaft sieht, die Pädagogik dagegen als theoretisch orientierte Geisteswissenschaft; dabei übersieht er aber die vielen empirischen Untersuchungen der Pädagogik, insbesondere aber auch die Bestrebungen der Sozialpädagogik vor allem die soziale Entwicklung und nicht allein die kognitive zu fördern. Wenn er 'Montessori-Pädagogik' als so positiv empfindet, sollte er aber nicht die stark leistungsorientierte, auf den Intellekt bezogene Praxis der heutigen Montessori-Anhänger zu erwähnen vergessen.

Statt sich mit neueren Ideen und Forschungsergebnissen der Pädagogen und Psychologen auseinanderzusetzen, wird - unwidersprochen - ein weder reales noch unbedingt wünschenswertes Mutterbild beschworen*). Das Modell "Tagesmutter" (besser: "Tageseltern") wird praktisch gleichgesetzt mit Krippen- und Heimerziehung.

*) Vgl. dazu auch zahlreiche Artikel in "Der Kinder-Arzt", sowie auch die Auseinandersetzung um das Modell "Tagesmutter", die von seiten der Kinderärzte teilweise sehr polemisch auf Abgrenzung und Nicht-Kooperation bedacht gegenüber Pädagogen und Erziehungswissenschaftlern geführt wurden. Auch der Aufsatz von BECKER (1975) bringt deutliche Hinweise auf die üblichen Argumente der Kinderärzte. Zum Mutterbild siehe auch GfG-STUDIE.

Statt der Quantität des mütterlichen Einsatzes wäre die Qualität zu diskutieren. Über die Wünsche der Kinderärzte bezüglich der Mütter heißt es in der ITEM-STUDIE:

"Was sie ... gleichermaßen wünschen und z.Z. vermissen, sind die instinktsicheren Mütter, die ihre Kinder mit Souveränität erziehen und dazu nicht solcher Arzt Hilfsmittel benötigen, wie sie beispielsweise durch die Zeitschrift 'Eltern' repräsentiert werden. Allgemein glauben die Ärzte, die Mütter seien heute hilfloser als früher. Sie erzögen ihre Kinder zwar bewußter und gäben zumindest vor, über viele Probleme Bescheid zu wissen, hätten jedoch keine weibliche 'innere Sicherheit', keinen 'inneren Wegweiser', keine 'selbstverständliche Richtschnur' " (S. 21).

Es ist daher zu fordern, daß die Ärzte im Studium und in der Facharztausbildung und -weiterbildung mit diesen Themen vertraut gemacht werden. Sie selbst sollten sich für eine bessere Ausbildung gerade auf diesem Gebiet einsetzen. Sie sollten außerdem nicht versuchen, Pädagogen und Psychologen zu ersetzen, sondern lieber mit diesen zusammenzuarbeiten.

E Diskussion zur Methodik und Aussagekraft der Untersuchung

1. Methodik

Die Daten dieser Untersuchung gewannen wir hauptsächlich durch Fragebogen und Interview*). Außer diesen beiden Untersuchungsmitteln hätten uns noch die Unterlagen der Säuglingsfürsorge und des niedergelassenen Arztes, das wiederholte Interview oder die teilnehmende Beobachtung über einen größeren Zeitraum hinweg einen genaueren Einblick und zuverlässigere Daten über die präventive Versorgung der Kinder und die Praktiken der Eltern in Gesundheitsfragen geben können. Jedoch waren diese Untersuchungsmittel und Methoden für uns aus personellen, organisatorischen, zeitlichen, finanziellen und rechtlichen Gründen nicht erreichbar und undurchführbar.

So wandten wir die am weitesten verbreiteten und am häufigsten verwendeten Untersuchungsmittel der empirischen Sozialforschung an, deren Problematik vor allem in der Bereitschaft der Teilnahme und der Richtigkeit der Antworten der Befragten liegt. Beim Interview kommen zusätzlich noch die in der Person des Interviewers liegenden Einflüsse auf den Interviewten sowie, da es sich in diesem Interview durchweg um offene Fragen

*) Die Auswertung der Geburtsunterlagen und körperlichen Untersuchung und ihre Problematik sowie der Fragen zur Krankheitshäufigkeit befinden sich in der Arbeit von HUMER, die des Entwicklungstests bei HEINIGER u. STÖHR.

handelt, mögliche Einflüsse von seiten des Auswertenden hinzu.

In unserer Arbeit war die Bereitschaft zur Teilnahme - auch am Interview - dann gegeben, wenn der Fragebogen beantwortet zurückgesendet wurde. Da die Teilnahme freiwillig und ohne jegliche Belohnung war, kann damit gerechnet werden, daß die Eltern um die Richtigkeit ihrer Antworten bemüht waren. Diese Freiwilligkeit führte gewiß auch zu einer positiven Auslese unter den Familien. Eltern, die wenig für die präventive Versorgung ihrer Kinder tun, dürften seltener geantwortet haben. Eine genaue Größe dieses Faktors läßt sich jedoch nicht ermitteln.

Eine Kontrolle der Angaben der Eltern durch Einsichtnahme in die Impfbücher und Untersuchungshefte für Kinder hätte nur bei den 153 von uns besuchten Familien stattfinden können; wir verzichteten aber bewußt darauf, um die Interviewsituation durch eine von den Eltern als negativ empfundene Kontrolle nicht zu belasten.

Einfluß von seiten des Auswertenden

Eine Fehlermöglichkeit liegt bei offenen Fragen in einer Fehleinschätzung der Antworten durch die Auswertenden. Im Fragebogen betraf dies vor allem die Einstufung der Familien in die Funktionsgruppen. Das Verfahren bei dieser Einstufung wurde vorn genau beschrieben. Wir meinen, daß wir die Fehlermöglichkeiten damit ausgeschaltet haben. Im Interview hatten wir nur offene Fragen gestellt. Um auch hier Fehler zu vermeiden,

wurden alle gebildeten Antwortkategorien eingehend diskutiert und festgelegt. An verschiedenen Stellen wurden 'ratings' über mehrere Fragen durchgeführt, die von 2 Beurteilern unabhängig voneinander vorgenommen wurden. Die Einordnung geschah weitgehend übereinstimmend; anschließend wurde der Höchstwertzifferindex bestimmt, der mit einer Ausnahme stets über Phi = o,8 (meist o,9) lag. Lediglich bei der Einordnung der 'Einstellung der Eltern zur Säuglingsfürsorge' war Phi nur ö,74. Es handelte sich um eine Vertauschung der Kategorien 'eingeschränkt positive Einstellung' und 'völlig negative'. Die 'ratings' wurden bereits an den entsprechenden Stellen dieser Arbeit beschrieben. 'ratings' zum Erzieherverhalten werden in der Arbeit von STOHR eingehend geschildert.

Interviewereinfluß

Die Interviewer waren Student und Studentin der Medizin. Inwieweit die Antworten der Eltern durch das verschiedene Geschlecht beeinflußt wurden, ist schwer zu beurteilen. Am ehesten wäre das vermutlich bei den Antworten zur Einschätzung der Geburtsklinik zum Tragen gekommen, da gerade die Eindrücke und Erlebnisse der Geburtssituation in den Intimbereich gehören, über den gewöhnlich Fremden - besonders auch gegenüber Männern - große Zurückhaltung geübt wird. Da die Antworten zur Geburtsklinik aber nur ein Nebenaspekt sind, fällt ein möglicher Einfluß in dieser Arbeit weitgehend fort. Denn alle anderen Fragen des Interviews zielen weniger tief in die Intimsphäre und waren somit für die Eltern leichter zu beantworten. Ob andere Unterschiede, die in der Person des Interviewers liegen, wie Aussehen, Verhalten, Kontaktbereitschaft und -fähigkeit, Kleidung usw. zum Tragen gekommen sind, läßt sich im einzelnen

nicht feststellen. Ebensowenig läßt sich nachprüfen, ob die medizinische Ausbildung der Interviewer die Mütter bei den Fragen zu ihrem Gesundheits- und Krankheitsverhalten so beeinflußte, daß sie mehr medizinische Gesichtspunkte aufzählten, als sie es bei nicht medizinisch gebildeten Interviewern getan hätten.

Um festzustellen, ob überhaupt ein Einfluß vorhanden ist, überprüften wir wichtige Variabeln aus allen Bereichen im Hinblick auf Unterschiede bei beiden Interviewern. In keinem Fall wurden statistisch signifikante Unterschiede festgestellt. Auch die soziale Zusammensetzung der Stichprobe ist bei beiden Interviewern gleich. Es ist daher anzunehmen, daß von den Interviewern keine gegensätzlich wirkenden Einflüsse verursacht wurden.

Schließlich waren an einigen Stellen des Interviews Frageunterschiede zwischen den Interviewern aufgetreten. Soweit sich das auf diese Arbeit bezog, wurde es bereits an den entsprechenden Stellen beschrieben.

Fehlerquellen in den Antworten der Eltern

Die Zuverlässigkeit der Angaben kann schließlich auch durch die Eltern selbst beeinträchtigt sein durch unterschiedliches Verständnis der Fragen und unterschiedliches Erinnerungsvermögen. Auf Mißverständnisse bei der Beantwortung einzelner Fragen des Fragebogens wurde in den einzelnen Teilen der Arbeit schon eingegangen. Die enstandenen Fehler sind jedoch so gering, daß sie das Gesamtergebnis nicht wesentlich verändern. Im Interview bestand für die Eltern die Möglichkeit der Rückfrage. Trotzdem mögen unterschiedliches Sprachverständ-

nis, unterschiedliche Begrifflichkeit oder auch selektive Wahrnehmung einen unkontrollierbaren Einfluß ausgeübt haben.

Das unterschiedliche Erinnerungsvermögen kann sich am ehesten bei den Fragen im Fragebogen zur Häufigkeit von vorsorglichen Arztbesuchen und Arztbesuchen wegen Krankheit des Kindes sowie der Rachitis-Prophylaxe ausgewirkt haben; denn daß alle Mütter die Besuchstermine und -gründe bei Arzt und Säuglingsfürsorge notiert oder genau im Gedächtnis behalten haben, ist kaum anzunehmen; dagegen dürften sie eher den Eindruck gehabt haben, z.B. "oft" oder "selten" beim Arzt gewesen zu sein, wobei "oft" und "selten" individuell unterschiedliche Häufigkeit beinhalten kann. Dennoch muß berücksichtigt werden, daß nur erstgeborene Kinder in der Stichprobe sind, die im allgemeinen im Mittelpunkt des elterlichen Interesses stehen, und daß die meisten Mütter nicht berufstätig waren und so ihrem Kind besonders viel Aufmerksamkeit und Zeit widmen konnten. Gerade weil es das erste Kind ist, mögen sie auch solche Fakten wie Arztbesuche gut in Erinnerung behalten haben. Inwieweit nun die Daten durch unterschiedliche Erinnerung verzerrt wurden, können wir nicht genau abschätzen, meinen aber, daß der Fehler nicht sehr groß sein dürfte.

Trotz der geschilderten Nachteile und der Schwierigkeit, die in den häufig zu global gefaßten Fragen im Interview die es den Eltern ermöglichte, alle Einfälle, alle Assoziationen zu dem angerissenen Thema zu berichten, die aber auch viel Raum für Interpretation der Fragen durch den Interviewten selbst ließ, halten wir die Art der offenen Fragestellung für vorteilhafter, da sie

das Spektrum erfassen kann von Elternmeinungen zu Gesundheit und Krankheit, zu Kritik an Arzt und Säuglingsfürsorge. Durch vorformulierte Antworten bzw. Wert-Skalenbildung, wie es auch in der ITEM-STUDIE und der von PRINZ et al. geschah, wäre die Beeinflussung der Interviewten wesentlich größer gewesen und die Interviewten verstärkt in ein vorgegebenes Schema gepreßt worden, von dem nicht sicher ist, ob es real zutrifft. Derartige Verfahren werden erst dann sinnvoll angewendet, wenn aufgrund verschiedener früherer Untersuchungen schon bestimmte Richtungen sich abzeichnen, die nachgeprüft werden sollen. Das konnten wir jedoch nicht erwarten, da es in der BRD praktisch keine Untersuchungen zum Gesundheitsverhalten von Eltern gibt.

Übertragbarkeit der Interviewergebnisse auf die Gesamtstichprobe.

Wie STÖHR in seiner Arbeit beschreibt, sind die sozialen Variabeln Familieneinkommen, Wohnsituation, Familienstand, Alter der Eltern und Alter des Kindes beim Ausfüllen des Fragebogens in Fragebogen und Interview gleich verteilt. Lediglich hinsichtlich der Funktionsgruppenzugehörigkeit und Ausbildung der Eltern sind Unterschiede aufgetreten. In der Interviewstichprobe (N = 153) erfolgte durch die Hausbesuche eine leichte Polarisierung zu den Extremgruppen (0 - 2 bzw. 6 - 9). Das kam dadurch, daß wir in den letzten Untersuchungswochen bevorzugt Familien der unteren Funktionsgruppen aufsuchten (Ledige Mütter und Krippenkinder). Die Familien aus den höheren Funktionsgruppen - vor allem 6 - fielen uns automatisch zu, da in dieser Gruppe auch viele Pädagogen und Ärzte sind, die am leichtesten einer derartigen Untersuchung zugänglich sind.

Hinsichtlich des Vorsorgeverhaltens - Inanspruchnahme

der Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Rachitis-Prophylaxe, vorsorgliche Arztbesuche, Aktivität der Eltern - gibt es ebenfalls keine wesentlichen Abweichungen.

Daher nehmen wir an, daß die Übertragbarkeit der Interviewdaten auf die Gesamtstichprobe gegeben ist.

2. Repräsentativität der Ergebnisse

Eine Repräsentativität der Ergebnisse für die BRD ist mit dieser Untersuchung sicher nicht gegeben. Die wichtigste Ursache dafür liegt in der Definition dieser Stichprobe.

Die Zielgruppe war bewußt so definiert worden, daß sie einen Teil der sozialen Unterschiede nicht enthielt, weil wir nachweisen wollten, daß sich soziale Unterschiede auch bei sogenannten "Normalfamilien" zeigen und daß diese Unterschiede nicht nur aus individueller Nachlässigkeit oder extremen familiären Belastungssituationen, sondern auch aus den gesellschaftlichen Bedingungen heraus entstehen:
Die Beschränkung auf erstgeborene Kinder schließt typische Proletarierfamilien mit zahlreichen Kindern, niedrigem Pro-Kopf-Einkommen, beengten Wohnverhältnissen und einer Tendenz zur Vernachlässigung der Kinder hinsichtlich Pflege und Erziehung und auch medizinischer Prävention aus. Außerdem dürften sich gerade für Familien der unteren sozialen Schichten die sozialen Lebensverhältnisse mit jedem hinzukommenden Kind verschlechtern, weil die Ehefrau nicht mehr arbeiten kann. Für viele Arbeiterfamilien dürfte der soziale "Abstieg" weitgehend auf der Tatsache beruhen, daß ökonomische Verhältnisse, die für einen Drei-Personen-Haushalt noch zufriedenstellend sind, für mehr Personen unzureichend

werden. Hinzu kommt, daß für die meisten Angehörigen der unteren Funktionsgruppen der gesellschaftliche Aufstieg bereits beendet ist und ein weiterer Aufstieg lediglich durch die Zahl der Dienstjahre in bescheidenem Umfang möglich ist. Die meisten Angehörigen der oberen Funktionsgruppen, besonders der Akademiker, stehen dagegen erst am Anfang ihrer Karriere. Die von uns untersuchten Kinder haben deshalb durchschnittlich bessere Lebensverhältnisse als die Allgemeinheit.

Für das Verhalten der Eltern dem Kind gegenüber ist wahrscheinlich die Kinderzahl nicht nur absolut, sondern auch in sozialer Hinsicht recht wichtig. Die Mütter der unteren Funktionsgruppen zeigten schon beim ersten Kind Verhaltensweisen, die teilweise durch ihre Unerfahrenheit und schlechten Übersicht zu erklären sind. Mit einem Kind ist diese Unsicherheit noch durch bestimmte Mechanismen zu bewältigen, zum Beispiel durch häufiges Aufsuchen eines Arztes. Wenn die gleiche Mutter mehrere Kinder hat, mag sie zwar eine etwas größere Sicherheit haben, sie kann aber rein zeitlich schon nicht mehr so viele Arztbesuche machen. Sie wird mit zunehmender Belastung in zunehmend autoritäre Verhaltensweise verfallen, um ihre Schwierigkeiten zu bewältigen. Die 'Oberschichtmutter', von vornherein mit etwas mehr Übersicht und Erfahrung versehen, braucht derartiges autoritäres Verhalten in geringerem Maße, wodurch bei ihr mehr "demokratische" Erziehungsprinzipien angewendet werden.

Der Ausschluß ausländischer Kinder bewirkte ebenfalls eine Beschneidung des sozialen Spektrums. Ausländische Arbeitskräfte sind im allgemeinen wenig qualifiziert und in den untersten Berufsgruppen beschäftigt. Durch ihre oft große Kinderzahl gehören sie zu den am schlechtesten gestellten Familien; die Wohnbedingungen liegen

mit großer Wahrscheinlichkeit weit unter dem durchschnittlichen deutschen Niveau. Eine zusätzliche Schwierigkeit stellen die Sprachprobleme dar, die eine effektive Betreuung in der Schwangerschaft oftmals verhindern. Hinzu kommt der verschiedene Kulturkreis dieser Familien, in denen das Kind eine andere Funktion hat und die medizinische Betreuung noch nicht so weit entwickelt ist.

Auch der Ausschluß von Hausgeburten, Totgeburten und während des ersten Lebensjahres verstorbenen Kindern (SCHMIDT et al.) sowie zur Adoption freigegebener Kinder bedeutet in der Regel einen Ausschluß von Müttern der untersten Bevölkerungsschichten.

Die Rücksendung des Fragebogens hat diese Tendenz verstärkt, da wir zu wenige Fragebögen von jungen Müttern, ledigen Müttern und Müttern mit niedriger Berufsausbildung nach Angaben der Geburtskliniken zurückerhielten. Möglicherweise hat das intensive Anmahnen der Fragebögen durch uns bewirkt, daß wir durch unser persönliches Gespräch vor allem Müter der Mittel- und Oberschicht motivieren konnten, den Fragebogen doch noch auszufüllen, dagegen weniger aber die Angehörigen der unteren sozialen Gruppen. Auch scheint es uns aus psychologischen Gründen logisch, daß eher Eltern mit gesunden Kindern und Eltern, die die präventiven Maßnahmen regelmäßig in Anspruch nehmen, den Fragebogen beantworteten, als Eltern mit häufig kranken Kindern und solche, die wenig Prävention betrieben haben.

Zusammenfassend ist zu allen erwähnten Minderungen sozialer Unterschiede zu sagen, daß diese in der Regel darauf beruhen, daß die sozial niedrigsten Gruppen der Gesamtbevölkerung von Berlin in unserer Zielgruppe bzw. der untersuchten Stichprobe unterrepräsentiert sind.

Wenn wir trotz dieser Nivellierung sozialer Unterschiede signifikante Ergebnisse finden, so ist anzunehmen, daß sie in der Gesamtbevölkerung größer sein müssen. Ergebnisse, die nur eine Tendenz anzeigen, dürften dann signifikant werden. Zu erwarten ist auch, daß Unterschiede sich mit zunehmendem Alter der untersuchten Kinder verstärken werden.

Für alle deutschen Kinder und unter Einbeziehung auch der ausländischen Kinder ist zu erwarten, daß die medizinische Versorgung wesentlich schlechter ist.

3. Offen gebliebene Fragestellungen

Bei einigen Fragestellungen dieser Arbeit konnten keine oder nur unklare Zusammenhänge gefunden werden. Soweit sie nicht schon früher beschrieben wurden, sollen hier die wichtigsten angesprochen werden.

1. Bei verschiedenen Variabeln zum Gesundheitsverhalten, zur medizinischen Prävention usw. wurden lediglich zu den Variabeln Alter und Ausbildung der Mutter, nicht aber zur wichtigsten sozialen Variabel - der Funktionsgruppe - statistisch signifikante Beziehungen gefunden. Beide Variabeln beinhalten soziale Faktoren und zeigen, da sie eng mit der Funktionsgruppe zusammenhängen, zumindest eine Tendenz an.

Daneben gehen in sie aber auch psychologische Dimensionen ein: Niedriges Alter und wenig Ausbildung bedeuten bei vielen Müttern auch Unsicherheit und Unerfahrenheit sowie weniger Möglichkeiten, sich gezielt Informationen zu verschaffen. Aus diesen psychologischen Faktoren resultiert ein spezifisches Verhalten dem Kind und seinen Bedürfnissen gegenüber, das so nur bei diesen jungen und schlecht ausgebildeten Müttern zu finden

ist, die stets in den unteren sozialen Gruppen sind. Inwieweit nun diese psychologischen Faktoren für das Verhalten in Gesundheitsfragen und Erzieherverhalten entscheidender sind als die direkt wirkenden sozialen Lebensverhältnisse, gemessen mit der Funktionsgruppe, konnte in dieser Arbeit nicht geklärt werden und bedarf weiterer Untersuchungen.

2. Wir hatten erwartet, daß Eltern behinderter und gefährdeter Kinder zuverlässiger die präventiven Maßnahmen in Anspruch nehmen und auch häufiger zum Arzt gehen als Eltern gesunder Kinder. Dies ließ sich nicht nachweisen. Wir nehmen an, daß die Ursache in der ohnehin sehr guten elterlichen Aktivität in Vorsorgefragen liegt und insgesamt durch die soziale Nivellierung der Stichprobe bedingt ist.

Auch zwischen der Entwicklung der Kinder und ihrer präventiven Versorgung fanden wir keine Beziehungen. Wir vermuten, daß sich ein positiver Einfluß guter medizinischer Prävention noch nicht bei einjährigen Kindern bemerkbar macht, sondern sich erst bei älteren Kindern auswirkt.

5. Konsequenzen

Anstatt einer allzu vielfältigen Diskussion sollen hier nur einige Aspekte angesprochen werden, die Veränderungsmöglichkeiten konkreter Mängel erscheinen lassen.

1. Zusammenarbeit und Koordinierung der bestehenden Gesundheitsinstitutionen mit dem Ziel der Effektivierung der Prävention

Es wurde schon mehrfach auf die für die medizinische Versorgung der Kinder wenig vorteilhafte Konkurrenz*) zwischen der Säuglingsfürsorge und dem niedergelassenen Arzt hingewiesen.

Es ist zu überlegen, ob und wie eine Aufgabenteilung, wie sie SCHOLZ (1968) z.B. vorschlägt, und eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Säuglingsfürsorge und niedergelassenem Arzt diese Situation positiv verändern kann.

Bei einer Aufgabenteilung, bei der der Säuglingsfürsorge ein Herausfiltern von behandlungsbedürftigen Kindern sowie die Beratung der Eltern in Pflege-, Erziehungs- und Ernährungsfragen zukäme u.a.m., liegt ein Vorteil

-202-

*) Diese Konkurrenz ist allein schon deshalb unsinnig, weil die Zahl der zur Verfügung stehenden niedergelassenen Kinderärzte rückläufig und der Aufbau der Alterspyramide ungünstig ist, wie HÖVELS berichtet. Zumindest in ländlichen Bezirken dürfte sich die Situation noch nicht wesentlich gebessert haben.

darin, daß die Säuglingsfürsorge berechtigt ist, Eltern wiederholt zu Untersuchungen und Impfungen aufzufordern und Befunden auch nachgehen kann, was der niedergelassene Arzt nicht darf. Ein stetiger Austausch von Untersuchungsergebnissen des niedergelassenen Arztes und der Säuglingsfürsorge sollte möglich gemacht werden. Dazu könnten telephonische Rücksprache oder auch gemeinsame Treffen zwischen Kinderärzten und Ärzten in der Säuglingsfürsorge benutzt werden.

Zu überlegen ist ferner, inwieweit die Zusammenarbeit zwischen Säuglingsfürsorge und niedergelassenem Arzt in der Therapie anzustreben ist. In der vorliegenden Untersuchung wurde festgestellt, daß Kinder aus ungünstigen sozialen Verhältnissen häufiger krank sind und daß ihre Eltern die Säuglingsfürsorge recht häufig aufsuchen. JACOBNIZER u. Mitarb., aber auch WALLACE u. Mitarb. berichten, daß zu Vorsorgeuntersuchungen ca. 39 % Kinder gebracht werden, die mindestens eine Gesundheitsstörung haben. Die Hälfte dieser Störungen war den Eltern nicht bekannt. An der Spitze stehen akute respiratorische Infekte, wie wir auch beobachteten, sowie Hautkrankheiten einschließlich Allergien. Es ist anzunehmen, daß für diese kranken Kinder und ihre Mütter die sofortige Einleitung einer Therapie in engem Kontakt mit einem Kinderarzt günstiger ist, als wenn die Mutter erst zum nächsten Arzt gehen muß.

Sollten die Säuglingsfürsorgen auch therapeutisch tätig sein, so müßte auch befriedigend geregelt werden, daß sie trotz Therapie Eltern zu bestimmten Untersuchungen auch weiterhin auffordern dürften. Es müßte auch gewährleistet sein, daß der Schwerpunkt weiterhin auf der präventiven Versorgung der Kinder liegt.

Diese schnelle und unbürokratische Hilfe für die Kinder könnte erreicht werden, wenn entweder die Ärzte in der Säuglingsfürsorge, die dann auch ausgebildete Kinderärzte sein sollten, die Therapie selbst einleiten und durchführen, was einige Eltern dieser Untersuchung ausdrücklich wünschen, oder wenn, wie MATTHEIS vorschlägt, in einem Gebäudekomplex - in einem Gemeindegesundheitszentrum - Säuglingsfürsorge und Kinderarztpraxis untergebracht sind, die eng zusammenarbeiten*).

Die in der kinderärztlichen Diskussion häufig geforderte verstärkte Kontrolle der Eltern hinsichtlich der präventiven Versorgung der Kinder oder auch Vorschläge von finanziellem Anreiz für die Eltern, erscheint uns nicht zweckmäßig, weil durch derartige Maßnahmen die Eltern eher in ihrer passiven Haltung verstärkt werden, als zu einer aktiven, von der Wichtigkeit präventiver Maßnahmen überzeugten Haltung erzogen werden.

Sinnvoller und wünschenswerter scheint es, die Institutionen so zu gestalten, daß die Eltern sie gern aufsuchen und in ihren Bedürfnissen nach Beratung, Aufklärung und Bestätigung durch persönliches Gespräch voll befriedigt werden.

Auch auf diesem Gebiet wäre eine Zusammenarbeit und Absprache zwischen Säuglingsfürsorge und niedergelassenem Arzt sinnvoll.

*) Ähnlich arbeiten auch die amerikanischen Comprehensive Health Care Centers, die seit 1965 entwickelt werden und zum Teil schon mehrere Jahre erfolgreich arbeiten. Vgl. dazu MUNK.

2. Beratung und Ausbildung der Mütter in Pflege- und Erziehungsfragen, Gesundheitserziehung im besonderen

Wie verschiedentlich nachgewiesen und auch hier bestätigt, sind Mütter besonders bei ihrem ersten Kind unerfahren, unsicher und daher auf sachgerechte Information angewiesen. Das trifft in verstärktem Maße auf Mütter mit ungenügender Schul- und Berufsausbildung zu. Hier reicht die bedauernde Feststellung, daß Mütter 'keinen ausgeprägten Instinkt' mehr haben, nicht aus, sondern es muß ihnen die Möglichkeit zu Wissensvergrößerung geboten werden. Die Bereitschaft dazu ist nach unseren Daten bei den meisten vorhanden.

Eine Informationsvermittlung durch Schriften und Massenmedien ist nur für die Eltern sinnvoll, wie wir gesehen haben, die sozial besser gestellt sind und auch über qualifizierte Berufe verfügen. Gerade aber für die Eltern, die wenig Ausbildung haben und im Umgang mit Schrift und Sprache ungeübter sind, scheinen die persönlichen Kontakte wichtiger zu sein für eine Wissenserweiterung.

Eine Möglichkeit zur Beratung und Ausbildung der Eltern, vor allem der Mütter, besteht schon während ihres Aufenthaltes in der Geburtsklinik. Die meisten Mütter dürften von ihrer körperlichen und emotionalen Verfassung her nach der Geburt durchaus in der Lage sein, an Gesprächen, Diskussionen und Vorträgen mit anderen Müttern, Ärzten und Pflegepersonal über Pflege- und Erziehungsprobleme ihres Kindes teilzunehmen. LANG-NICKEL berichtet von einem recht erfolgreichen Versuch in einer geburtshilflichen Abteilung, Frauen im Wochenbett mit dem Thema Familienplanung vertraut zu machen.

Es fanden Ton-Bild-Vorträge mit anschließender Gruppendiskussion statt, auf Wunsch wurden auch Einzelgespräche durchgeführt. Die Teilnahme der Frauen lag bei 38 %. Ein ähnlicher Versuch mit Themen über die Hygiene im Wochenbett wird seit dem Sommer 1975 in der geburtshilflichen Abteilung des Klinikum Steglitz der Freien Universität Berlin durchgeführt. In der Vorbereitung sind noch Ton-Bild-Vorträge über Fragen der Entwicklung der Kinder bis zum Alter von zwei Jahren*). Genaue Ergebnisse liegen z.Z. noch nicht vor. Bei Themen über Erziehung und Pflege der Kinder könnte vermutlich ein größerer Teil der Mütter zur Teilnahme an derartigen Veranstaltungen motiviert werden. Zusätzlich müßte die Möglichkeit geschaffen werden, Information und Gruppendiskussionen auch nach der Entlassung aus der Klinik fortzusetzen. Ein derartiger Versuch wird von Mc NEIL u. SPANGLER HOLLAND beschrieben. Mütter erhielten die Möglichkeit, in den ersten 4 - 8 Wochen nach der Geburt ihres Kindes an Arbeitsgruppen teilnehmen zu können und wurden von Krankenschwestern über Gesundheitsprobleme von Kindern informiert. Nach Abschluß des Versuches konnten diese Mütter - zumindest theoretisch - besser einschätzen, wann sie mit ihrem Kind einen Arzt aufsuchen müssen, als die Mütter der Kontrollgruppe, die zu Hause von Krankenschwestern besucht und informiert worden waren. Nach diesen Ergebnissen scheint der persönliche Kontakt mit anderen Müttern und zusätzlich ausgebildeten Personen wesentlich

*) Persönliche Mitteilung von Frau Dr. v. Holleben, einer Kinderärztin, die dort arbeitet.

erfolgreicher zu sein. Der Wunsch nach persönlichen Kontakten und Beratung ist in unserer Untersuchung von einem Drittel der Eltern geäußert worden.

Organisatorisch sind solche Treffen und Kurse denkbar in Zusammenarbeit mit der Säuglingsfürsorge, als Fortsetzung der Säuglingspflegekurse oder auch als Maßnahme eines Arbeitskreises wie z.B. 'Neue Erziehung' (s. dazu unter PELIKAN-Briefe), der in Berlin bisher nur einmal im Monat tagt. Es sollte auch daran gedacht werden, daß Mütter eventuell auch ihr Kind mitbringen können, da erfahrungsgemäß trotz Interesse der Mutter solche Veranstaltungen nicht wahrgenommen werden können, weil das Kind anderweitig nicht untergebracht werden kann.

Eine wichtige Funktion in der Beratung kommt auch weiterhin dem Kinderarzt zu, der besonders die Früherkennungsuntersuchungen zu ausführlichen Gesprächen mit den Eltern nutzen sollte.

3. Verstärkung der Sozialen Prävention

Bei der Prävention, so wie sie heute existiert, wird der soziale Aspekt noch viel zu wenig berücksichtigt. Es wird zwar allgemein geklagt über Kindesvernachlässigung und -mißhandlung, doch wenig getan zur Aufdeckung ihrer Ursachen und noch weniger zu ihrer Beseitung und Vermeidung. Kindesvernachlässigung beginnt aber nicht erst dort, wo ihre Spuren am kindlichen Körper deutlich sichtbar werden, sondern schon dort, wo den Eltern zu wenig Hilfestellung in emotionalen, psychischen, finanziellen und informativen Fragen gegeben wird. Die Schuld liegt nicht nur individuell bei den betreffenden Vätern und Müttern, sondern auch bei

der Gesellschaft, die Kindern und ihren Eltern angemessene - chancengleiche - Entwicklungs- und Lebensbedingungen vorenthält.

Wie zahlreich die Schwierigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse der Familien sind, zeigt das erschreckende Ergebnis dieser Untersuchung, daß nur 7 von 153 befragten Eltern keine gesellschaftlichen und individuellen Probleme seit der Geburt ihres ersten Kindes haben. Daß die Schwierigkeiten noch verstärkt auftreten, wenn mehrere Kinder in der Familie leben, ist selbstverständlich.

Die Probleme der Familien liegen einerseits mehr im psychisch-emotionalen Bereich, andererseits aber auch in materiellen und sozialen Mißständen. Es haben (Doppelnennungen waren möglich)

40 % (!) der Mütter Schwierigkeiten, sich auf ihr Kind und die veränderte Familiensituation einzustellen

14 % beider Eltern Schwierigkeiten, sich auf das Kind einzustellen

11 % der Eltern konkrete Erziehungsprobleme mit ihrem einjährigen (!) Kind

33 % der Eltern zu wenig Kontaktmöglichkeiten mit anderen Familien mit Kleinkindern, verbunden mit dem Wunsch nach Gesprächen über Erziehungsprobleme

30 % der Eltern Kritik an den wenigen und phantasielosen, verschmutzten Spielplätzen

33 % der Eltern Klagen über die wenigen und oft schlechten Krippenplätze und Kindergartenplätze

26 % der Eltern Klagen über die kinderfeindliche Umwelt (BVG, Kaufhäuser, Café, Nachbarn usw.)

20 % der Eltern Wohnungsprobleme

2o % der Mütter berufliche Probleme, sei es daß sie arbeiten müssen oder nicht mehr arbeiten können.

25 % der Eltern Klagen über die schlechten Sozialleistungen für Familien mit Kindern und

1o % der Eltern haben finanzielle Probleme.

N = 146

Entsprechend den unterschiedlichen sozialen Lebensverhältnissen beklagen eher Mütter aus höheren Funktionsgruppen ihre soziale Isolation und berichten über Schwierigkeiten, sich emotional auf ihr Kind und ihre neue Funktion einzustellen, während Familien mit schlechteren sozialen Möglichkeiten am häufigsten die fehlenden und schlechten Krippenplätze und Spielplätze beklagen. Das ist auch gut verständlich, da diese Familien besonders auf Krippenplätze angewiesen sind, weil die Mütter aus finanziellen Gründen zur Mitarbeit gezwungen sind. Auch die Spielplätze werden besonders viel von diesen Familien benutzt, da aufgrund der ungünstigeren Lebensverhältnisse andere Möglichkeiten kaum genutzt werden können.

Diese bewußt kurze Aufstellung soll nur daraufhinweisen, daß es kaum Familien gibt, die mit ihrer Situation völlig zufrieden sind. Fast alle haben seit der Geburt ihres Kindes zusätzliche und neue Probleme erhalten. Wie auch diese Probleme gelagert sind - ob mehr im psychischen oder mehr im sozialen Bereich - , so bergen sie alle Gefahren für die kindliche Entwicklung, die im Interesse des Kindes frühzeitig abgewendet werden müssen, zumal erwartungsgemäß die Probleme mit der Kinderzahl wachsen.

Deshalb dürfen auch gerade die Kinderärzte sich nicht zufrieden geben mit medizinischer Prävention, sondern

müssen selbst immer wieder auf die Unzulänglichkeiten im sozialen Gebiet hinweisen und im ärztlichen Gespräch und bei der Beratung die Eltern ermutigen, ihre Probleme zu artikulieren. Nur so kann der Kinderarzt die Realität erfassen und lernen, adäquat auf die Eltern einzugehen, und ihnen Wege zur Verbesserung weisen. Die Kinderärzte sollten sich verstärkt zusammen mit Säuglingsfürsorge, Sozialarbeitern, Pädagogen, Psychologen usw. in der Öffentlichkeit für die Belange des Kindes einsetzen.

G Zusammenfassung

Es wird untersucht, wie Kinder im ersten Lebensjahr medizinisch versorgt sind und was ihre Eltern von den medizinischen Institutionen Arzt und Säuglingsfürsorge halten. Besonderes Interesse gilt der präventiven Versorgung, vor allem auch den Früherkennungsuntersuchungen, die 1971 eingeführt wurden. Nicht die Qualität der Maßnahmen, sondern die Quantität ihrer Inanspruchnahme durch die Eltern wird untersucht. Gefragt wird vor allem nach sozialen Unterschieden.

Es wurden an 885 Eltern deutscher, erstgeborener Kinder Fragebögen verschickt, von denen 496 auswertbar zurückgesandt wurden. In einer zweiten Untersuchungsphase wurde bei 153 Familien ein Hausbesuch gemacht, bei dem die Kinder orientierend medizinisch untersucht und in ihrer motorischen und psycho-sozialen Entwicklung getestet wurden. Die Eltern - meist die Mutter- wurden zu ihrem Erzieherverhalten, ihrem Verhalten in Gesundheits- und Krankheitsfragen des Kindes sowie nach ihrer Kritik am niedergelassenen Arzt bzw. an der Säuglingsfürsorge befragt. In dieser Arbeit gelangen alle Fragen zu medizinischer Versorgung der Kinder und Verhalten der Eltern in Gesundheitsfragen zur Auswertung.

1. Bei 99 % der Kinder wurde die Früherkennungsuntersuchung VU 1, bei fast 94 % VU 2 durchgeführt, bei 94 % VU 3, bei 92 % VU 4, bei 82 % VU 5. 94 % sind BCG-geimpft, 78 % der Kinder sind mindestens zweimal gegen DPT-Polio geimpft worden. Eine zweimalige Impfung gegen Diphtherie, Tetanus und Polio erfolgte bei 82 % der Kinder. Fast 98 % haben im ersten Lebensjahr Vitamin D erhalten. Die Kinder wurden im Durchschnitt fast 14 mal zu vorsorglichen Untersuchungen und Beratungen zu nie-

dergelassenem Arzt oder/und Säuglingsfürsorge gebracht, wobei allerdings die Regelmäßigkeit der Besuche nicht bekannt ist. Zusätzlich waren die Kinder noch durchschnittlich 4 mal wegen Krankheit in ärztlicher Behandlung.

Das Ergebnis ist unerwartet gut und wird auf die Spezifität der Stichprobe sowie auf die besondere regionale Lage zurückgeführt.

2. Ob es sich um die präventiven Maßnahmen in der Geburtsklinik oder die anderen im 1. Lebensjahr durchgeführten handelt, es findet sich immer eine kleine Gruppe von Kindern aus sozial ungünstigeren Lebensverhältnissen, die nicht ausreichend präventiv versorgt sind. Dieser Unterschied führte zumindest am Ende des 1. Lebensjahres noch nicht zu einer schlechteren körperlichen und psychosozialen Entwicklung der Kinder. Als Ursache für schlechtere präventive Versorgung von Kindern aus ungünstigen sozialen Lebensverhältnissen werden Einflüsse von seiten des passiven Informationsverhaltens und der schlechteren Artikulationsmöglichkeiten der Mütter bei den Ärzten sowie auch ihre Unerfahrenheit diskutiert. Es wird gefragt, inwieweit häufige Arztbesuche besonders der Mütter aus schlechteren sozialen Verhältnissen Ausdruck für eine gestörte Kommunikation zwischen Arzt und Eltern ist.

3. Nur 2o % der Eltern beurteilen die Säuglingsfürsorge völlig positiv, während 38 % den niedergelassenen Arzt so einschätzen. Über die Hälfte der Eltern äußert irgendeine Kritik. Am häufigsten werden die medizinischen Versorgung , das Verhalten des Arztes und Personals und die langen Wartezeiten genannt. Einflüsse von seiten der Einstellung der Eltern zu Arzt und Säuglingsfürsorge auf die Häufigkeit von Vorsorgebesuchen und die Wahl

des Arztes als Berater in Fragen der Pflege und Erziehung des Kindes sind nachweisbar. Bei positiver Einstellung ist die Besuchszahl hoch und der Arzt wird gefragt. Entsprechendes gilt auch für die Säuglingsfürsorge.
Soziale Unterschiede finden sich nur für die Säuglingsfürsorge. So gehen gerade die Mütter aus ungünstigen Lebensverhältnissen besonders häufig zur Säuglingsfürsorge, während Mütter aus günstigen Verhältnissen sie seltener aufsuchen. Für die Einstellung zu Arzt bzw. Säuglingsfürsorge und die Kritik an ihnen gilt entsprechendes.

Als Ursachen hierfür werden u.a. die Trennung von Prävention und Therapie in der Säuglingsfürsorge diskutiert sowie auch die Tatsache, daß in der Säuglingsfürsorge das Kind nicht bei jedem Besuch ärztlich untersucht wird.

4. Der Gesundheitsbegriff der Eltern ist - wenn auch noch immer schwammig - nicht mehr ausschließlich körperbezogen.
Nach Gesundheit gefragt, nannten fast alle Eltern auf den Körper bezogene entweder selbst durchführbare oder speziell präventiv-medizinische Maßnahmen. Nach Krankheit gefragt, meinen 4o % der Eltern Krankheiten an körperlichen und psychischen Veränderungen ihres Kindes zu erkennen und weitere 4o % geben an, ausschließlich an psychischen Veränderungen ihres Kindes Krankheiten zu bemerken. Nur 12 % der Eltern erkennen Krankheiten nur an körperlichen Veränderungen.
Insgesamt scheint das Gesundheitsbewußtsein der Eltern einjähriger Kinder recht hoch zu sein; jedoch bleibt abzuwarten, wie sich die Eltern beim Heranwachsen des Kindes verhalten.

5. Den Ärzten kommt eine hohe Funktion in der Beratung der Eltern in Fragen der Pflege und Erziehung zu. Ca. 4o % der Eltern fragen den niedergelassenen Arzt um Rat und 22 % den in der Säuglingsfürsorge. Diskutiert wird, ob die Ärzte dieser Aufgabe gerecht werden.

Ein aktives Informationsverhalten haben fast 2/3 der Mütter, überwiegend in besseren sozialen Verhältnissen lebend, indem sie sich der Bücher, Zeitschriften und Massenmedien bedienen. Eine Vermittlung von Wissen über Erziehung, Pflege und medizinische Prävention über die Massenmedien erscheint wenig erfolgversprechend, da dabei wiederum ca. 1/3 der Eltern nicht erreicht wird.

6. Zur Verbesserung der präventiven Maßnahmen und zur verstärkten Motivierung der Eltern an der Teilnahme an präventiven Maßnahmen werden schließlich die bessere und arbeitsteilige Zusammenarbeit zwischen Säuglingsfürsorge und niedergelassenem Arzt sowie eine Ausbildung der Mütter in Kursen, Gruppendiskussionen und kurzen Vorträgen vorgeschlagen, die möglichst schon in der Geburtsklinik beginnen sollten.

A n h a n g

1. Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H.: Tuberkulosehäufigkeit und soziale Lage; in: Das Argument 74, 15, 52 - 68, 1973, Heft 1 - 2

Abholz, H.-H.: Gesundheitsstand und soziale Lage. Daten aus Westberlin; in: Das Argument As 4, S. 2o6 - 23o, 1974

Alpert, J.: Broken Appointments; In: Pediatrics 34, 127 - 132, 1964

Bachmann, P.: Kenntnisse junger Zürcher Frauen über Psych Hygiene im Kleinkindalter; in: Zeitschrift für Präventivmedizin 15, 27 - 44, 197o

Bagron, B.A., R.L. Mindlin: An Index of Infant Health Supervision; in: Pediatrics 43, 892 - 894, 1969

Becker, M.H., R.H. Drachman, J.P. Kirscht: Motivations as Predictors of Health Behavior; in: Health Services Reports 87, 852 - 862, 1972, No 2

Becker, W.: Tagesmütter in der Bundesrepublik Deutschland in: Med.Klin. 7o, 1488 - 1492, 1975

Bernstein, B.: Soziale Struktur, Sozialisation und Sprachverhalten; de Munter, Amsterdam 197o

Bericht des Vorsorgeausschusses, vorgelegt auf der Fortbildungstagung in Mainz am 1.11.71; in: Der Kinderarzt 3, 113, 1972

Berufsverband der Kinderärzte fordert: Durch Computer mehr Kinder zur Vorsorgeuntersuchung, Auszug aus einem Artikel aus der Westdeutschen Allgemeinen Zeitung; in: Der Kinderarzt 5, 1o17, 1974, Nr. 11

Berufsverband der Kinderärzte, Stellungnahme des, Zur frühzeitigen Diagnose von Entwicklungsstörungen und infantiler Cerebralparese; in: Der Kinderarzt 3, 221 - 232, 1972

Bleek, N.: Sozialmedizinische Aspekte der Schwangerenvorsorge; Inauguraldissertation in den medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin, Berlin 1972

Bösel, B. u. K. Hartung, Hrsg.: Praktikum des Infektions- und Impfschutzes, Verlag Hildegard Hoffmann, Berlin 1975, 2. Aufl.

Bókay, J. v.: Geschichte der Kinderheilkunde, Julius Springer, Berlin 1922, zit. nach dem Nachdruck in: Der Kinderarzt 5, 9o1 ff., 1974, Nr. 1o

Boneau, C.A.: The effects of violations of assumptions underlying the t-Test, Psych. Bull. 57, 49 - 64, 196o

Borneff. J.: Hygiene, Ein Leitfaden für Studenten und Ärzte, Georg Thieme, Stuttgart 1971

Bundesregierung, Unterrichtung durch die: Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten als Pflichtleistungen der Krankenkassen sowie den zusätzlich von den Krankenkassen gewährten Maßnahmen der Vorsorgehilfe; in: Drucksache 7/544, Bonner Universitätsdruckerei, Bonn IVa2 - 432.3 - 693/72

Caplan, G., H. Grunebaum: Perspectives on primary prevention - a review, in: Arch.Gen. Psychiat. 17, 331 - 346, 1967

Clauss, G., H. Ebner: Grundlagen der Statistik; Harri Deutsch, Frankfurt - Zürich, 197o

Cohler, B.J., J.L. Weiss, H.U. Grunebaum: Child-Care Attitudes and Emotional Disturbance Among Mothers of Young Children; in: Genet.Psychol Monogr 82, 3 - 47, 197o (Aug)

Czerny, A.: Der Arzt als Erzieher des Kindes, Vorlesungen, Deuticke, Leipzig, 1934, 8. Aufl.

De Huff Peters, A., C.L. Chase: Patterns of Health Care in Infancy in a Rural Southern County; in: Am J Public Health 57, 4o9 - 423, 1967

Der SENATOR für Gesundheit und Umweltschutz: Bericht über die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge sowie die Beratung für werdende Mütter in Berlin (West) für das Jahr 1972, III C 7 - 5o83/25 -, 6.8.1973

Doxiades, S.A.: Is contempory pediatrics a modern specialty? in: Journal of pediatrics, 197o, zit. nach Nitsch, aaO.

Engels F.: Die Lage der arbeitenden Klasse in England; Dietz, MEW Bd. 2, Berlin, 197o, S. 33o - 331

Faerber, K.-P.: Der öffentliche Gesundheitsdienst, gestern, heute und morgen; in: Das öffentliche Gesundheitswesen 31, 4o1 - 411, 1969 (Sept.)

Finkelstein, H.: Säuglingsfürsorge. in: Th. Weyl, Handbuch der Hygiene, Suppl. Bd. IV, S. 389. Jena, Gustav Fischer 1904, zit. nach Hallbrügge Hechstein L): Die allgemeine Säuglingsfürsorge, in: Handbuch der Kinderheilkunde Bd. III, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1966, S. 351 - 367

Flehmig, I.: Frühdiagnose cerebraler Schäden; Referat gehalten auf der 21. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, s. d.

Francis, V., B. M. Korsch, M. J. Morris: Gaps in Doctor-Patient Communication, Patients Response to Medical Advice; in: N Engl J of Medicine 28o, 535 - 54o, 1969

Gallagher, E. B.: Prenatal and Infant Health Care in a Medium Sized Community; in: Am J Public Health 57, 2127 - 2137, 1967, No 12

Gesellschaft für Grundlagenforschung (GfG) mbH: Die Situation der werdenden Mütter, Bericht über eine Repräsentativstudie in der Bundesrepublik Deutschland, durchgeführt im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, vervielfältigtes Manuskript, München, Dez. 197o

Gesellschaft für Kinderheilkunde, nordwestdeutsche, 21. Tagung, Oldenburg 5. - 7.72, in: Aleta Reihe 1/72, S. 9 - 16, Hauptthema: Vorsorgeuntersuchung im Kindesalter

Gesellschaft für Sozialpädiatrie, deutsche, Jahrestagung am 12.1o.1972 in Bad Pyrmont; zusammenfassender Bericht, in: Aleta Reihe 5/72, S. 141 - 149

Gesetzliche Krankheits-Früherkennungsmaßnahmen, Dokumentation der Untersuchungsergebnisse 1972, Herausgegeben von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, April 1974

Gottschalch, W., M. Neumann-Schönwetter, G. Soukup: Sozialisationsforschung; Fischer, Frankfurt, 1971

Häussler, S.: Ärztlicher Ratgeber für die werdende und junge Mutter; Hrsg. Becker, Juni 1971, Baierbrunn bei München

Hansen, F.: a) Tetanusschutzimpfung, in: Handbuch der Kinderheilkunde Bd. III, Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1966, S. 714 - 72o
b) Keuchhusten-schutzimpfung; in Handbuch, a.a.O., S. 72o - 725

Hartung, K.: Rachitisprophylaxe heute, Zur Neufassung des Ärztemerkblattes der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie; Rachitisprophylaxe Ratschläge für Ärzte, Schwestern und Hebammen, Merkblatt der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie; in: Der Kinderarzt 4, 431-2, 1973, 7

Heiniger, U.: s. Heiniger und Stöhr

Heiniger U., O. Stöhr: Krankheit und Entwicklung einjähriger Berliner Kinder und soziale Lebensverhältnisse der Familien. Teil I: Abriß der gesamten Untersuchung (U. Heiniger, O. Stöhr.
Teil II: Auswertung und Resultate des Entwicklungstests und der Fragen zur Entwicklung und Zusammenhänge mit der sozialen Lage (U. Heiniger)
Teil III: Mutter-Kind-Beziehungen und kindliche Entwicklung im ersten Lebensjahr (O. Stöhr)
Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Freien Universität Berlin, Fachbereich 11, 1974

Hellbrügge, Th.: Grundlagenforschung zur Vorsorge-Untersuchung, Referat gehalten auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie am 12.1o.1972 in Bad Pyrmont, in: Alete Reihe 5/72, S. 141 - 142

Hellbrügge, Th.: Pädiatrie und Pädagogik, in: Der Kinderarzt 6, 1o9 - 113, 1975

Hellbrügge, Th., J. Pechstein a): Allgemeine Grundlagen, Aufgaben und Ziele der Sozialen Pädiatrie; in: Handbuch der Kinderheilkunde III, Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1966, S 273 ff.

Hellbrügge, Th., J. Pechstein b): Die allgemeine Säuglingsfürsorge; in: Handbuch der Kinderheilkunde, a.a.O., S. 351 - 367

Hellbrügge, Th., J. Pechstein c): Rachitis-Prophylaxe, in: Handbuch der Kinderheilkunde, a.a.O., S. 796 - 815

Heubner, O.: Hygiene des Kindesalters; in: M. Rubner, M.v. Gruber, M. Ficker, Handbuch der Hygiene, S. Hirzel, Leipzig 1912, zit. nach Hellbrügge u. Pechstein b), a.a.O., S. 354

Heym, H.: Modellstudie über Vorsorge im Kleinkindesalter, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 31, 47o - 474, 1969

Hoekelman, R.A., E.N. Peters: A Health Supervision Index to Measure Standards of Child Care; in: Health Services Reports 87, 537 - 544, 1972

Hövels, O.: Aufgaben der Sozialpädiatrie in der Industriegesellschaft. Bericht über die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (17.9.1970), in: Mschr. Kinderheilk. 120, 161 - 164, 1972

Hoyer, H., O. Thalhammer: Geburtshilfliche und sozioökonomische Faktoren in der Genese der Frühgeburt (Gewichtsdefinition); in: Geburtsh. Freuenheilk., 28, 709 - 737, 1968

Huch, K.J.: Einübung in die Klassengesellschaft; Fischer, Frankfurt, 1972, 2. Aufl.

Item-Studie, Institut für Markt-, Motiv- und Werbeforschung GmbH: Einstellungen und Praktiken von Eltern im Feld der gesundheitlichen Erziehung ihrer Kinder, eine psychologische Grundlagenuntersuchung, im Auftrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Als Manuskript vervielfältigt, Köln 1972

Jacobnizer, H., H. Rich, N. Bleiberg, R. Merchant: How Well Are Well Children?; in: Am J Public Health 53, 1937 - 52, 1963

Jantzen, G.: Die Bedeutung einer systematischen Vorsorgeuntersuchung von Kleinkindern für die Schulgesundheitspflege; in: Gesundheitsfürsorge 13, 183 - 186, 1963

Jantzen, G.: Kieler Vierjährigenuntersuchung; in: Schleswig-Holsteiner Ärzteblatt 1964, 132, zit. nach Hellbrügge u. Pechstein, Ärztliche Kleinkinderfürsorge, in: Handbuch der Kinderheilkunde a.a.O., S. 421 - 432

Jungmann, G.: Brief an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Herrn Walter Arendt; veröffentlicht in: Der Kinderarzt 3, 76, 1972

Karger-Decker, B.: Unsichtbare Feinde; Koehler und Amelang, Leipzig, 1968

Koch, U.: Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen; in: Psychologie heute 2, 15 ff, 1975, Heft 1

Koos, E.L.: a) Krankheit in Regionville (1954); in: Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Hrsg. A. Mitscherlich u.a., Kiepenheuer & Witsch, Köln, Wien, 1970, 3. Aufl., S. 304 - 310

b) Metropolis - Was Stadtbewohner von ihrem Gesundheitswesen halten (1955); in: Der Kranke ... a.a.O. S. 311 - 320

Korsch, B.M., V.F. Negrete, A.S. Mercer, B. Freemon: How Comprehensive Are Well Child Visits?, in: Amer J Dis Child 122, 483 - 488, 1971

Kummer, K.-R.: Die Häufigkeit von Erkrankungen des Kindes im ersten Lebensjahr und ihre Abhängigkeit von den sozialen Lebensverhältnissen der Familie (Empirische Untersuchung); Inaugural-Dissertation an der Freien Universität Berlin, 1976

Langnickel, D.: Familienplanung - ein klinischer Beitrag, in: Deutsches Ärzteblatt 72, 2759 - 62, 1975

Lenk-Ostendorf: Brief an Maier, Haben wir genügend Kinderärzte zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen? Schlußwort; in: Der Kinderarzt 3, 3o2, 1972

Lüth, P.: Sprechende und stumme Medizin, Über das Patienten-Arzt-Verhältnis; Herder & Herder, Frankfurt - New York, 1974

Maier, E.: Haben wir genügend Kinderärzte zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen?; in: Der Kinderarzt 3, 1o1 - 1o2, 1972

Mattheis, R.: Gemeindegesundheitszentrum (GGZ) als Basis der Versorgung im ambulanten Bereich; in: Soziale Arbeit 24, 2o6 - 2o9, 1975, Heft 5

McNeil, H.J., S. Spangler Holland: A Comparative Study of Public Health Teaching in Groups and in Home Visits; in: Am J Public Health 62, 1929 - 36, 1972

Mechanic, D.: Sociology and Public Health: Perspectives for Application; in: Am J Public Health 62, 146 - 151, 1972

Mindlin, R.L., P.M. Densen: Medical Care of Urban Infants: Continuity of Care; in: Am J Public Health 59, 1294 - 13o1, 1969

Mindlin, R.L., P.M. Densen: Medical Care of Urban Infants: Health Supervision; in: Am J Public Health 61, 687 - 697, 1971

Mindlin, R.L., K.S. Lobach: Consistency and Change in Choice of Medical Care for Preschool Children; in: Pediatrics 48, 426 - 432, 1971

Minium, E.W.: Statistical Reasoning in Psychology and Education, Wiley, New York 197o

Moeller, M.L.: Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung; in: Das Argument 71, 14, 88 - 1o9, 1972, Heft 1/2

[illegible]

[illegible]

Neumann, H.: Öffentliche Gesundheits- und Kinderfürsorge; Bibliothek für soziale Lehrfächer, Bd. 2, Berlin: Allgemeine medizinische Verlagsanstalt 1926; zit. nach Hellbrügge u. Pechstein b) in: Handbuch der Kinderheilkunde a.a.O., S. [illegible]

[illegible]

Pirsch, K.: Entwicklungstendenzen in der Pädiatrie; in: Der Kinderarzt 3, 43 - 45, 1972

Reiter, R.L., E.L. Schwartz, M. Sinapian: Social Class Differences in Utilization of Pediatric Services in a Prepaid Direct Service Medical Care Program; in: Am J Public Health 57, 34 - 47, [illegible]

Severmann, U.: Schichtenspezifische Formen des Sprachverhaltens und ihr Einfluß auf die kognitiven Prozesse; in: H. Roth (Hrsg.), Begabung und Lernen, Klett, Stuttgart, 2. Aufl., 1969

Teddy-Briefe, Hrsg. vom Arbeitskreis Neue Erziehung E.V. 1 Berlin 15, Kurfürstendamm 67, auf Empfehlung des Berliner Ausschusses für geistige und seelische Gesundheit und unter Förderung durch den Senator für Familie, Jugend und Sport

Pfeiffer, L.: Die Kindersterblichkeit; in: C. Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten, Laupp, Tübingen 1882, 2. Aufl., Bd. 1,2 S. 2o5, zit. nach Hellbrügge u. Pechstein b) in Handbuch der Kinderheilkunde a.a.O., S. 356

Pflanz, M., M. Finding, A.K.-W. Armbrüster, M. Török: Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten (1966); in: Der Kranke ... a.a.O., S. 29o - 3o3

Pressel, A.: Sozialisation; in: Erziehung in der Klassengesellschaft, Hrsg. H.-J. Gamm, List, München 197o

Prinz, H., M. Tücke, J. Wokeck, H. Kaiser: Zur Bedeutung der sozialen Schicht für die Schwangeren- und Kleinkindervorsorge, Deutsches Grünes Kreuz, Marburg 1973

Reue, R.: Wandlungen in der kinderärztlichen Praxis; in: Der Kinderarzt 6, 241 ff, 1975, Nr. 3

Richter, H.E.: Lernziel Solidarität; Rowohlt, Reinbek, 1974, S. 2o6 ff.

Siebert, H. et al.: Häufigkeit von Auffälligkeiten im Vorschulalter; in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Jena) 65, 1o34 - 1o39, 1971

Siegmund-Schultze, G.: Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern im Rahmen eines Poliklinik-Vertrages?; in: Der Kinderarzt 4, 772, 1973

Siegrist, J., H. Bertram: Soziale Determinanten des Krankheitsverhalten; in: Med Klin 66, 1345 - 1346, 1971

Smiley, J., S. Eyres, D.E. Roberts: Maternal and Infant Health and Their Associated Factors in an Inner City Population; in: Am J Public Health 62, 476 - 482, 1972

Schmidt, E., W. Guthoff, H. Müntefering: Säuglingssterblichkeit 1973; Prospektive Einzelfallanalyse in Düsseldorf, Urban & Schwarzenberg manuscript, München, Berlin, Wien, 1974

Schmitt, L.: Sehtest im Kindergarten; in: Öff. Ges. wes. 29, 4o9 - 411, 1967

Scholz, D.: Gesundheitsvorsorge nur für "privilegierte" Kinder?; in: Berl. Ärztekammer 12/1968, 4oo - 4o4

Scholz, D.: Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 1969 in Berlin (West), Bearbeitet vom Senator für Gesundheit und Umweltschutz unter Mitarbeit von Med. Dir. Dr. D. Scholz, Berlin, 1972

Schulte, F.J.: Zur Vorsorgeuntersuchung von Neugeborenen, Referat vor der Deutschen Gesellschaft für perinatale Medizin; Dez. 1973, vervielfältigte Kopie

Spencer, V.: A Pilot Study To Determine Why Mothers Attend Child Health Conferences; in: Canad J Public Health, 6o, 116 - 121, 1969

Spranger, J.: Kind - Kinderarzt - Gesellschaft, Versuch einer Standortbestimmung; in: Der Kinderarzt 6, 437 - 411, 1975

Sprockhoff, O.: Kinder-Vorsorgeuntersuchungen, Beabsichtigte Änderungen; in: Der Kinderarzt 5, 9o7 - 911, 1974

Stammer, O. (Hrsg.): Angestellte und Arbeiter in der Betriebspyramide, von D. Claessens, J. Fuhrmann, G. Hartfiel, H. Zirwas, Heenemann, Berlin, 1959

Statistisches Jahrbuch Berlin 1973, Hrsg. vom Statistischen Landesamt Berlin, Kulturbuchverlag, Berlin, 1973

Steuer, W.: Gesundheitsvorsorge, Grundlagen - Möglichkeiten - Praxis; Georg Thieme, Stuttgart, 1971, S. 9o ff.

Stöhr, O.: s. Heiniger und Stöhr

Stürzbecher: Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen von vier Jahre alten Kindern in Berlin (West) im Jahre 1966; in: Berliner Statistik 21, 2 - 8, Nov. 1967, Heft 11

Tugendreich: Die Kleinkinderfürsorge; Ferdinand Enke, Stuttgart, 1919, zit. nach Hellbrügge u. Pechstein, 1966 b), in: Handbuch der Kinderheilkunde a.a.O., S. 358

Wallace, H.M., E. Hartmann, V. Weckwerth, E. Davis: Health Problems of Infants and Preschool Children. Report of a Study; in: Am J Public Health 48, 1145 - 1152, 1958

Weidtmann, V.: Über die Zuverlässigkeit der Mütter bei der Durchführung der kontinuierlichen Rachitis-Prophylaxe, Referat auf der Herbsttagung der rheinisch-westfälischen Kinderärzte, Duisburg, 15. 11. 1969; in: Alete Reihe 6/69

Windorfer, A.: Impfungen, Allgemeine Grundlagen der Schutzimpfung; in: Handbuch der Kinderheilkunde, a.a.O., S. 647 - 656

Yankauer, A., W.E. Boek, E.D. Lawson, F.A.J. Ianni: Social Stratification and Health Practices in Child-Bearing and Child-Rearing; in: Am J Public Health 48, 732 - 741, 1958

2. Verzeichnis der Tafeln und Tabellen

		Seite
Tafel 1 :	Untersuchte Beziehungen	22
Tafel 2 :	Funktionsgruppenkatalog, Einstufungsrichtlinien	37
Tafel 3 :	Übertragungsschlüssel für Beamte und Angestellte im Öffentlichen Dienst	36
Tafel 4 :	Untersuchte Beziehungen zur Impfbereitschaft der Eltern	1o7

			Seite
Tabelle	1	: Verteilung der Funktionsgruppen	39
Tab.	2	: Beschäftigungsverhältnis der Eltern	4o
Tab.	3	: Familieneinkommen	41
Tab.	4	: Ausbildung der Eltern	41
Tab.	5	: Familienstand der Mutter	42
Tab.	6a	: Dauer der Berufstätigkeit der Mutter	43
	6b	: Arbeitsdauer der berufstätig gewesenen Mütter	43
Tab.	7	: Zahl der Personen in der Wohnung	44
Tab.	8	: Zahl der Kinder in der Wohnung	44
Tab.	9	: Personenzahl je Wohnraum	45
Tab.	1oa	: Waschgelegenheit in der Wohnung	45
	1ob	: Wohnbedingungen (Index)	46
Tab.	11	: Früherkennungsuntersuchungen in der Geburtsklinik	5o
Tab.	12	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Früherkennungsuntersuchungen	51
Tab.	13	: BCG-Impfung	52
Tab.	14	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und BCG-Impfung	53
Tab.	15	: Einstellung der Mütter zur Geburtsklinik	59
Tab.	16	: Kritik der Mitter an der Geburtsklinik	6o

Seite

Tab.	17	: Früherkennungsuntersuchungen, VU 3, VU 4, VU 5	66
Tab.	18	: Kontinuität der Durchführung von VU 3 und VU 4	66
Tab.	19	: Kontinuität der Durchführung von VU 3 - VU 5	67
Tab.	2o	: Untersuchender Arzt (unter Ausschluß von Doppelnennungen)	73
Tab.	21	: Familienstand der Mutter und untersuchender Arzt	74
Tab.	22	: Schäden des Kindes und untersuchender Arzt	79
Tab.	23	: Untersuchender Arzt, Interviewangaben	79
Tab.	24	: Bedeutung der Früherkennungsuntersuchungen	8o
Tab.	25	: Qualität der Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen	81
Tab.	26	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Qualität der Durchführung	82
Tab.	27	: Vitamin D-Gabe	97
Tab.	28	: Schutzimpfungen	1o2
Tab.	29	: Impfkombinationen	1o2
Tab.	3o	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Impfbereitschaft	1o4
Tab.	31	: Gesamtzahl der Vorsorgebesuche bei Arzt und Säuglingsfürsorge	115
Tab.	32	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Anzahl der Vorsorgebesuche	116
Tab.	33	: Vorsorgebesuche bei niedergelassenem Arzt und Säuglingsfürsorge	12o
Tab.	34	: Einstellung der Eltern zu Arzt und Säuglingsfürsorge	127
Tab.	35	: Behinderung des Kindes und Einstellung zur Säuglingsfürsorge	129
Tab.	36	: Einstellung zum Arzt und Anzahl der Vorsorgebesuche beim Arzt	13o
Tab.	37	: Einstellung zur Säuglingsfürsorge und Anzahl der Vorsorgebesuche bei der Säuglingsfürsorge	13o

Seite

Tab.	38	: Information beim Arzt und Einstellung zum Arzt	131
Tab.	39	: Information bei der Säuglingsfürsorge und Einstellung zur Säuglingsfürsorge	131
Tab.	4o	: Kritik an Arzt und Säuglingsfürsorge	132
Tab.	41	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Wartezeiten bei der Säuglingsfürsorge	134
Tab.	42	: Aktivität der Eltern nach dem Index	15o
Tab.	43	: Ernährung der Kinder	155
Tab.	44	: Stillwillen der Mütter und Ernährung des Kindes im Alter von 1 Jahr	156
Tab.	45	: Mutter-Kind-Beziehung und Ernährung des Kindes	157
Tab.	46	: Maßnahmen der Eltern für die Gesundheit des Kindes	158
Tab.	47	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und selbstdurchführe Maßnahmen	159
Tab.	48	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und medizinische Prävention	16o
Tab.	49	: Selbstdurchführbare Maßnahmen und medizinische Prävention	161
Tab.	5o	: Informationsquellen der Eltern	162
Tab.	51	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und aktive Information	165
Tab.	52	: Funktionsgruppenzugehörigkeit und Information in Ernährungsfragen	166
Tab.	53	: Häufigkeit von Arztbesuchen wegen Krankheit	167
Tab.	54	: Zahl der Arztbesuche wegen Krankheit zu Zahl der Krankheitsfälle	168
Tab.	55	: Arztbesuche wegen Respirationskrankheit und Antwort, das Kind sei nie bzw. nie richtig krank gewesen	17o
Tab.	56	: Erkennen von Krankheiten an Veränderungen	171
Tab.	57	: Behandeln von Krankheiten	173

3. Abkürzungen

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BCG-Impfung	Tuberkulose-Schutzimpfung
BEK	Barmer Ersatzkasse
DPT-Polio	Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Polio
FGR	Funktionsgruppe
GfG	Gesellschaft für Grundlagenforschung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ITEM-Studie	Studie des Instituts für Markt-, Motiv- und Werbeforschung GmbH
KVÄG	Krankenversicherungsänderungsgesetz
VU	Früherkennungsuntersuchung

EIE UNIVERSITÄT BERLIN
Kinderklinik und Poliklinik
Kaiserin Auguste Victoria Haus

1 Berlin 19, den .....
Heubnerweg 6
Tel.: (0 30) 306 10 71

Gesch.-Z.: .....

4.1. Fragebogen mit Briefen

Liebe Mutter,

Eine Arbeitsgruppe der Universitätsklinik bittet Sie um Ihre Mitarbeit bei einer wissenschaftlichen Untersuchung. Es geht dabei um die Gesundheit und Entwicklung einjähriger Berliner Kinder, Ihre Umgebung und soziale Lage. Die Untersuchung soll Hinweise geben, wie mehr für Familien mit kleinen Kindern getan werden kann. Deswegen ist es wichtig, daß möglichst viele Eltern mithelfen.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen aus, in dem sich auch einige Fragen an den Vater richten. Bitte bringen Sie ihn bis spätestens zum zur Post. Ein Freiumschlag liegt bei.

Wir wissen, daß diese Zeit sehr kurz ist. Aber damit alle Kinder gleich alt sind, wenn die Eltern die Fragen beantworten, sollte der Fragebogen möglichst bald zurückgeschickt werden.

Bitte erlauben Sie uns auch, die Angaben Ihrer Geburtsklinik zur Geburt auszuwerten und unterschreiben Sie bitte die Einverständniserklärung am Ende des Fragebogens.

Ausserdem sollen einige Kinder später zu Hause untersucht werden, ähnlich wie bei den Vorsorgeuntersuchungen. Bei dieser Gelegenheit soll auch ein kurzes Gespräch mit der Mutter über Ihr Kind geführt werden. Voraussetzung ist natürlich, daß Sie einverstanden sind.

Ihre Mitarbeit ist völlig freiwillig und mit keinerlei Verpflichtungen verbunden. Alle Ihre Angaben werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet; auch Ihre Namen werden nicht an Aussenstehende oder Behörden weitergegeben. Das können Sie daran sehen, daß auf Ihrem Fragebogen nur eine Kennzahl steht.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Mühe

Mit freundlichen Grüßen
Die Universitätskinderklinik

Prof. B. Stück

F R A G E B O G E N

Auf den größten Teil der Fragen soll bitte die Mutter antworten, weil sie sich mit ihrem Kind meistens am besten auskennt. Einige Fragen zur sozialen Lage der Familie (auf den letzten Seiten) richten sich an den Vater.

Der Fragebogen ist schon einmal ausprobiert worden. Bei gemütlichem Ausfüllen dauert es ungefähr eine halbe Stunde, meistens weniger.

Überlegen Sie bitte in Ruhe, antworten Sie wahrheitsgemäß und schreiben Sie bitte leserlich. Sie werden jedoch nicht viel schreiben müssen. Für die meisten Fragen sind schon Antworten aufgeschrieben, die Sie nur anzukreuzen brauchen.

Ein Beispiel finden Sie auf der nächsten Seite.

Beispiel für Frage 1 :

Beispielfrage:

1. Seit Mitte 1971 gibt es für Säuglinge und Kleinkinder Vorsorgeuntersuchungen, die kostenlos durch Ärzte durchgeführt werden.

   Welche Vorsorgeuntersuchungen für das erste Lebensjahr sind bei Ihrem Kind gemacht worden?

   (Sie finden die Antwort auch auf der letzten Seite in Ihrem Untersuchungsheft für Kinder, das Sie in der Geburtsklinik erhalten haben).

Nehmen wir an, daß bei Ihrem Kind vier Vorsorgeuntersuchungen gemacht worden sind - die Neugeborenenerstuntersuchung, die Neugeborenenbasisuntersuchung, die Untersuchung im 4.-6. Lebensmonat und die Untersuchung im 9.-12. Lebensmonat.

Die Untersuchungen im 4.-6. und 9.-12. Lebensmonat sind zum Beispiel in der Säuglingsfürsorgestelle gemacht worden.
(Die Erst- und Basisuntersuchung werden normalerweise in der Geburtsklinik gemacht und interessieren nicht weiter).
Bitte kreuzen Sie dann an, wie folgt:

Beispielantwort:

a (X) Neugeborenen-Erstuntersuchung (wird meistens in der Geburtsklinik gemacht)
(X) Neugeborenen-Basisuntersuchung (wird meistens in der Geburtsklinik gemacht)

b ( ) Untersuchung in der 4. (spätestens 6.) Lebenswoche
(X) Untersuchung im 4. bis 6. Lebensmonat
(X) Untersuchung im 9. bis 12. Lebensmonat

Wer hat diese Untersuchungen durchgeführt?
(Es sind mehrere Kreuze möglich)

( ) Arzt in der Praxis
(X) Arzt in der Säuglingsfürsorge
( ) Krankenhaus

FRAGEN ZUR GESUNDHEIT DES KINDES

1. Seit Mitte 1971 gibt es für Säuglinge und Kleinkinder Vorsorgeuntersuchungen, die kostenlos durch Ärzte durchgeführt werden.

   Welche Vorsorgeuntersuchungen für das erste Lebensjahr sind bei Ihrem Kind gemacht worden?

   (Sie finden die Antwort auch auf der letzten Seite in Ihrem Untersuchungsheft für Kinder, das Sie in der Geburtsklinik erhalten haben).

   a ( ) Neugeborenen-Erstuntersuchung (wird meistens in der Geburtsklinik gemacht)
   ( ) Neugeborenen-Basisuntersuchung (wird meistens in der Geburtsklinik gemacht)

   b ( ) Untersuchung in der 4. (spätestens 6.) Lebenswoche
   ( ) Untersuchung im 4. bis 6. Lebensmonat
   ( ) Untersuchung im 9. bis 12. Lebensmonat

   Wer hat diese Untersuchungen durchgeführt?
   (Es sind mehrere Kreuze möglich)
   ( ) Arzt in der Praxis
   ( ) Arzt in der Säuglingsfürsorge
   ( ) Krankenhaus

2. Bekam oder bekommt Ihr Kind Vitamin D (zum Beispiel Vigantol, Vigorsan oder auch Lebertran) zur Vorbeugung gegen Rachitis ("Englische Krankheit") ?

   ( ) ja,regelmäßig jeden Tag in Form von Tabletten oder Tropfen
   oder
   in zeitlichen Abständen als Vitamin-Stoß durch den Arzt oder die Säuglingsfürsorge

   ( ) nein

   ( ) ich weiß nicht, ob mein Kind Vitamin D bekommt

3. Bitte kreuzen Sie an, gegen welche Krankheiten Ihr Kind geimpft ist und wie oft es gegen die Krankheiten geimpft ist. Sie finden die Angaben auch in ihrem gelben Impfbuch auf den Seiten 11, 12 und 13.

( ) Diphterie, Seite 11 wie oft? ... mal

( ) Tetanus (Wundstarrkrampf), Seite 11 wie oft? ... mal

( ) Pertussis (Keuchhusten), Seite 11 wie oft? ... mal

( ) Polio (Kinderlähmung), Seite 11 und Seite 12 ... mal
(Sie brauchen den Typ des Impfstoffs nicht anzugeben!)

( ) Tuberkulose - Schutzimpfung (BCG), Seite 13

( ) mein Kind ist nicht geimpft

4. Wie oft waren Sie bisher mit Ihrem Kind in der Säuglingsfürsorge?

( ) ungefähr 1 - 2 mal

( ) ungefähr 3 - 5 mal

( ) ungefähr 6 - 9 mal

( ) ungefähr 10 mal und öfter

( ) ich war nicht in der Säuglingsfürsorge

5. Sind Sie zum Arzt gegangen, ohne daß Ihr Kind krank war? (Zählen Sie bitte die Vorsorgeuntersuchungen mit!)

( ) ja wie oft bisher ? ..... mal

( ) nein

6. Mußte oder muß Ihr Kind wegen einer Krankheit oder eines Leidens ständig in ärztlicher Betreuung sein?

( ) nein

( ) ja; welche Krankheit, welches Leiden war oder ist das ?
.....

7. Lag Ihr Kind schon einmal im Kinderkrankenhaus ?
(Bitte kreuzen Sie auch dann an, wenn es aus der Geburtsklinik dorthin verlegt wurde !)

( ) nein

( ) ja; warum ? .....
wieviele Wochen ? ..... Wochen

8. Wir möchten nun wissen, welche Krankheiten Ihr Kind bisher hatte und - wenn möglich - wie oft es diese Krankheiten ungefähr hatte.

   Es ist natürlich sehr schwierig, sich genau daran zu erinnern. Wir haben deshalb eine Liste von Krankheiten aufgestellt, die Kinder häufiger haben.

   Bitte kreuzen Sie in der Liste die Krankheit an, die Ihr Kind hatte, und schreiben Sie bitte dahinter, wie oft ungefähr; Wenn Ihr Kind zum Beispiel drei mal Husten hatte, machen Sie bei"Husten" ein Kreuz und schreiben in die Spalte "wie oft" 3 x.

BEISPIEL

	Name der Krankheit	wie oft ungefähr
( )	Schnupfen	
(X)	Husten, Bronchitis	3 x
	..?.	

	Name der Krankheit	wie oft ungefähr
( )	Schnupfen	
( )	Husten, Bronchitis	
( )	Lungenentzündung	
( )	Ohrenentzündung	
( )	Erbrechen über mehrere Tage	
( )	Durchfall	
( )	Brechdurchfall	
( )	Hautentzündung, Hautausschlag	
( )	Fieber ungeklärter Herkunft	
( )	Rachitis ("Englische Krankheit")	
( )	Erkrankungen, Beschwerden am Hüftgelenk	
( )	Knochenbrüche, welche Knochen waren gebrochen ?	
( )	andere Krankheiten, welche ?.....	
( )	Unfälle, Vergiftungen	

Schätzen Sie bitte einmal, wie oft Sie beim Arzt waren, weil Ihr Kind krank war.

) ungefähr ..... mal

) Wegen welchen Krankheiten war das ? DES KINDES

.....

. Wieviele Zähne hat Ihr Kind ?

..... Zähne

. Gibt es oder gab es mit Ihrem Kind Probleme oder Entwicklungsstörungen ?

(Zum Beispiel ernstere Ernährungsprobleme irgendwelcher Art, Schlafprobleme, häufiges rhytmisches Hin- und Herwackeln oder Rollen des Kopfes oder des ganzen Körpers...)

( ) nein

( ) ja Was für Probleme waren das genauer ?

.....

.....

.....

.....

.....

FRAGEN ZUR ENTWICKLUNG IHRES KINDES

12. Wir möchten jetzt etwas über die Entwicklung Ihres Kindes wissen.

Kreuzen Sie bitte an, wie viele Monate alt Ihr Kind war, als es etwas zum ersten Mal gemacht hat. Wenn es sich zum Beispiel im Alter von 10 Monaten und 3 Wochen zum ersten Mal selbst aufsetzen konnte, so machen Sie bitte das Kreuz unter "10 - 11 Mon"; denn es war noch nicht ganz 11 Monate alt.

Es könnte aber auch sein, daß Ihr Kind sich noch nicht selbst aufsetzen kann. Dann machen Sie bitte Ihr Kreuz unter "noch nicht"!

Für den Fall, daß Sie vielleicht einmal nicht genau wissen, ob Ihr Kind eine bestimmte Sache kann oder wann es etwas zum ersten Mal gemacht hat, dann schreiben Sie das bitte hin.

Alter beim ersten Mal

	jünger als 10 Mon	10 - 11 Monate	11 Mon bis jetzt	noch nicht
Setzt sich selbst auf				
Versucht, einen Turm aus 2 Klötzchen zu bauen				
Steht gut allein				
Trinkt allein aus der Tasse				
Versucht nachzusprechen, was Sie zu ihm sagen				
Benimmt sich unterschiedlich gegenüber fremden und bekannten Menschen				

Bitte fahren Sie auf der nächsten Seite fort

Entwicklung des Kindes - Fortsetzung der Frage [illegible] Alter beim ersten Mal

	jünger als 10 Mon	10 - 11 Monate	11 Mon bis jetzt	noch nicht
Greift eine Rosine oder einen Knopf mit Zeigefinger und Daumen				
Steht kurze Zeit allein				
Schlägt 2 Klötzchen mit den Händen zusammen				
Kann 3 Wörter außer "Papa" oder "Mama" deutlich nachsagen				
Wirft Spielzeug absichtlich vom Tisch				
Sagt "Papa" oder "Mama" zu seinen Eltern und weiß, wer damit gemeint ist				
Steht, wenn es sich festhalten kann				
Läuft gut allein				
Spielt Versteckspiel				
Zieht sich hoch zum Stehen				
Krabbelt auf allen Vieren die Treppe hoch				
Protestiert, wenn man ihm das Spielzeug wegnimmt				
Kritzelt von selbst				

FRAGEN ZUR UMGEBUNG IHRES KINDES

13. Wir möchten wissen, wieviele Personen in Ihrer Wohnung leben. Bitte zählen Sie Ihr einjähriges Kind mit !

    In der Wohnung leben insgesamt

    ..... Erwachsene und Kinder über 12 Jahren

    ..... Kinder unter 12 Jahren

14. Wie oft ist Ihr Kind mit anderen Kindern unter 12 Jahren zusammen, zum Beispiel zum Spielen oder wegen gemeinsamer Beaufsichtigung ?

    ( ) durchschnittlich 2 mal in der Woche

    ( ) mehr als 2 mal in der Woche

    ( ) weniger als 2 mal in der Woche

15. Haben Sie sich um einen Krippenplatz bemüht und keinen bekommen ?

    ( ) ja

    ( ) nein

16. Wer hat Ihr Kind bisher tagsüber versorgt oder wer hat es überwiegend gehütet ?

    ( ) die Kinderkrippe, der Kinderhort, der Kindergarten

    ( ) die Eltern

    ( ) andere Personen, zum Beispiel die Großeltern oder die Nachbarn

17. Wieviele Stunden am Tag ist Ihr Kind allein ?

    ..... Stunden

18. War Ihr Kind insgesamt länger als 8 Wochen von den Eltern getrennt ?

    ( ) nein

    ( ) ja Wie alt war das Kind zum Zeitpunkt der Trennung? ..... Monate

    Was war der Grund der Trennung ?

    .....

9. Wieviele Wohnräume über 6 Quadratmeter hat Ihre Wohnung ?
(Küche, Toilette und Bad werden nicht mitgezählt)

..... Räume ohne Küche, Bad und Toilette

0. Haben Sie in Ihrer Wohnung eine gute Waschgelegenheit ?

( ) ein Bad

( ) eine andere gute Möglichkeit, Ihr Kind zu baden (Dusche)

( ) keine gute Bademöglichkeit für das Kind

1. Schreiben Sie bitte, ob Ihre Wohnung Nachteile hat, zum Beispiel hohe Miete, feuchte Wände, Lärm :

.....

.....

RAGEN ÜBER MUTTER UND VATER DES KINDES

2a. Bitte tragen Sie Ihr Alter ein :

Vater : .....Jahre

Mutter : .....Jahre

2b. Bitte geben Sie Ihre Größe an :

Vater : .....cm ungefähr

Mutter : .....cm ungefähr

. Wieviel Geld steht Ihrer Familie nach den Abzügen monatlich ungefähr zur Verfügung ?
(Rechnen Sie bitte auch Wohngeld, Renten oder Sozialhilfe dazu)

( ) bis 300 DM

( ) 301 - 700 DM

( ) 701 -1 100 DM

( ) 1 101 -1 500 DM

( ) 1 501 -2 000 DM

( ) 2 001 DM oder mehr

FRAGEN AN DIE MUTTER DES KINDES

24. Kreuzen Sie bitte Ihren Familienstand an :

( ) verheiratet
( ) ledig
( ) geschieden / getrennt lebend
( ) verwitwet

25. Welchen Schulabschluß haben Sie ?

( ) Volksschule / Hauptschule
( ) Mittelschule / Realschule / Mittlere Reife
( ) Abitur oder andere Hochschulreife
( ) keinen Schulabschluß

26. Was für eine Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen ?

( ) keine Berufsausbildung
( ) Anlernausbildung Welche? .....
( ) ungefähr einjährige Berufsausbildung
Welche? .....
( ) Handelsschule
( ) Lehre / Facharbeiterausbildung
Welche ? .....
Wie lange dauerte die Ausbildung ohne Lehrzeitverkürzung ?
( ) 2 Jahre
( ) 3 - 3,5 Jahre
Haben Sie eine Stufenausbildung gemacht ?
( ) ja
( ) nein
( ) weiß nicht
( ) Fachschulausbildung;Welche? .....
( ) Höhere Fachschule / Hochschule
Welche Richtung? .....
( ) eine andere Ausbildung (zum Beispiel Inspektorenlaufbahn)
Welche ?.....
Wie lange dauerte die Ausbildung ? ..... Jahre

Fragen an die Mutter des Kindes Fortsetzung

27. Machen Sie zur Zeit eine Ausbildung/ Berufsausbildung/ weiterführende Berufsausbildung ?

( ) ja Welche ? .....

( ) nein

28. Sind Sie jemals berufstätig gewesen ?

( ) ja

( ) nein

29. Sind Sie zur Zeit berufstätig ?

( ) ja

( ) nein

BITTE ANTWORTEN SIE AUF DIE FOLGENDEN FRAGEN , WENN SIE BERUFSTÄTIG GEWESEN SIND ODER ZUR ZEIT BERUFSTÄTIG SIND

30. Welchen Beruf üben Sie jetzt aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt ?

Genaue Berufsbezeichnung oder Tätigkeitsbezeichnung (bei Beamten Dienstbezeichnung)

.....

31. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft :

( ) Arbeiterin

( ) Angestellte

( ) Angestellte im Öffentlichen Dienst

( ) Beamtin

( ) Selbständige oder mithelfende Familienangehörige

Fragen an die Mutter des Kindes Fortsetzung

BITTE ANTWORTEN SIE AUF DIE FOLGENDEN FRAGEN , WENN SIE IRGENDWANN NACH DER GEBURT DES KINDES ANGEFANGEN HABEN ZU ARBEITEN

32. Wie lange haben Sie seit der Geburt Ihres Kindes bis heute insgesamt gearbeitet ?

( ) 1/4 Jahr oder weniger
( ) 1/4 Jahr bis 1/2 Jahr
( ) mehr als 1/2 Jahr

33. Wieviele Stunden pro Woche haben Sie durchschnittlich gearbeitet, mit Überstunden, Nebenbeschäftigungen usw. ?

..... Stunden ungefähr

34. Wie haben Sie meistens gearbeitet ?

( ) ganztags
( ) halbtags
( ) stundenweise

35. Haben Sie im Schichtwechsel gearbeitet ?

( ) ja
( ) nein

36. Wer ist der Hauptverdiener in der Familie, wer sorgt in der Hauptsache für den Unterhalt von Mutter und Kind ?

( ) der Vater des Kindes
( ) die Mutter des Kindes
( ) andere Personen, zum Beispiel der Großvater des Kindes
( ) das Sozialamt oder die Fürsorge

FRAGEN AN DEN HAUPTVERDIENER DER FAMILIE

37. Beschreiben Sie doch bitte einmal, was Sie bei Ihrer Arbeit täglich zu tun haben, oder was Sie zu tun hatten, als Sie noch im Beruf standen. Was ist oder war Ihre typische Tätigkeit? Was machen Sie im Einzelnen ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

38. Ist Ihre Berufsausbildung Voraussetzung für die beschriebene Tätigkeit ?

( ) ist Voraussetzung
( ) ist teilweise Vorausstzung
( ) ist nicht Voraussetzung

39. Leiten oder beaufsichtigen Sie in der Regel Mitarbeiter, oder taten Sie das, als Sie noch berufstätig waren ?

( ) nein
( ) ja Wieviele ungefähr? .....
Welche Stellung (bei Beamten Dienstrang) haben Sie an Ihrer Arbeitsstelle?.....

40. In was für einem Betrieb arbeiten Sie oder haben Sie zuletzt gearbeitet? (Zum Beispiel Maschinenbaufabrik, BVG, Finanzamt, großes Kaufhaus, Tabakgeschäft, Gaststätte)

.....

41. Wieviele Personen beschäftigt dieser Betrieb ungefähr ?

( ) unter 10 Personen
( ) unter 100 Personen
( ) ungefähr 100 oder mehr Personen

FRAGEN AN DEN VATER DES KINDES

42. Welchen Schulabschluß haben Sie ?

( ) Volksschule / Hauptschule
( ) Mittelschule / Realschule / Mittlere Reife
( ) Abitur oder andere Hochschulreife
( ) anderen Schulabschluß, welchen?.....
( ) keinen Schulabschluß

43. Was für eine Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

( ) keine Berufsausbildung
( ) Anlernausbildung Welche?.....
( ) ungefähr einjährige Berufsausbildung
Welche?.....
( ) Handelsschule
( ) Lehre / Facharbeiterausbildung
Welche ? .....
Wie lange dauerte die Ausbildung ohne Lehrzeitverkürzung ?
( ) 2 Jahre
( ) 3 - 3,5 Jahre

Haben Sie eine Stufenausbildung gemacht ?
( ) ja
( ) nein
( ) weiß nicht
( ) Fachschulausbildung; Welche?.....
( ) Höhere Fachschule / Hochschule
Welche Richtung?.....
( ) eine andere Ausbildung (zum Beispiel Inspektorenlaufbahn)
Welche? .....
Wie lange dauerte die Ausbildung ? ..... Jahre

44. Machen Sie zur Zeit eine Ausbildung / Berufsausbildung / weiterführende Berufsausbildung ?
( ) ja; Welche ? .....
( ) nein

Fragen an den Vater des Kindes - Fortsetzung

BITTE ANTWORTEN SIE AUF DIE FOLGENDEN FRAGEN ,
WENN SIE ZUR ZEIT BERUFSTÄTIG SIND :

45. Welchen Beruf üben Sie jetzt aus ?
Wie heißt die genaue Berufsbezeichnung oder Tätigkeits-
bezeichnung (Bei Beamten Dienstbezeichnung) ?

.....

46. Kreuzen Sie bitte an, was auf Sie zutrifft :

( ) Arbeiter
( ) Angestellter
( ) Angestellter im öffentlichen Dienst
( ) Beamter
( ) selbständig oder mithelfender Familienangehöriger

47. Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie durchschnittlich?
ungefähr ..... Stunden mit Überstunden,Nebenbeschäftigungen usw.

48. Machen Sie Schichtarbeit ?

( ) ja
( ) nein

BITTE ANTWORTEN SIE AUF DIE FOLGENDEN FRAGEN ,
WENN SIE ZUR ZEIT NICHT BERUFSTÄTIG SIND :

49. Warum sind Sie nicht berufstätig ?

( ) arbeitslos
( ) noch in Ausbildung
( ) andere Gründe; Welche ? .....

50. Waren Sie jemals berufstätig ?

( ) nein
( ) ja; Wie lange sind Sie nicht mehr berufstätig ?

.....

51. Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? Wie ist die genaue Berufsbezeichnung oder Tätigkeitsbezeichnung (bei Beamten Dienstbezeichnung) ?

.....

52. Kreuzen Sie bitte an, was auf Sie zutraf :

( ) Arbeiter
( ) Angestellter
( ) Angestellter im öffentlichen Dienst
( ) Beamter
( ) selbständig oder mithelfender Familienangehöriger

53. Finden Sie, daß im Fragebogen Fragen unklar gestellt waren oder auf Sie nicht zutrafen?

( ) nein

( ) ja Welche Fragen sind das und was fanden Sie schlecht daran? (Mit Ihrer Antwort helfen Sie uns, Mißverständnisse zu vermeiden).

.....

.....

.....

.....

Bitte schreiben Sie auch andere Kritik am Fragebogen auf. Wenn der Platz oben nicht ausreicht, können Sie auf der Rückseite weiterschreiben.

E I N V E R S T Ä N D N I S E R K L Ä R U N G

Die folgende Einverständniserklärung möchten bitte beide Eltern unterschreiben. Wir brauchen Ihre Einverständnis,damit wir von der Geburtsklinik medizinische Angaben über die Geburt Ihres Kindes (Geburtsgewicht, Größe, Geburtskomplikationen usw.) erhalten.

Einverständniserklärung:

Wir sind damit einverstanden, daß die Arbeitsgruppe "Entwicklung einjähriger Berliner Kinder" der Universitätskinderklinik die medizinischen Unterlagen über die Geburt unseres Kindes einsieht. Wir entbinden hierfür unsere Geburtsklinik von Ihrer Schweigepflicht.

....

Unterschrift des Vaters Unterschrift der Mutter

Bitte erklären Sie Ihr Einverständnis

BITTE STECKEN SIE DEN FRAGEBOGEN MIT DIESER ERKLÄRUNG IN DEN FREIUMSCHLAG UND BRINGEN SIE IHN SOBALD ALS MÖGLICH ZUR POST

VIELEN DANK FÜR IHRE MÜHE

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN
Kinderklinik und Poliklinik
Kaiserin Auguste Victoria Haus

1 Berlin 19, den
Heubnerweg 6
Tel.: (0 30) 306 10 71

Gesch.-Z.:

Arbeitsgruppe Entwicklung
einjähriger Berliner Kinder

Liebe Mutter !

Vor einigen Tagen haben wir Ihnen und vielen anderen Müttern einen Fragebogen zugeschickt. Leider haben Wir bisher viel zu wenige Fragebögen zurückbekommen. Außerdem haben vorwiegend Familien mit Überdurchschnittlich hohem Einkommen geantwortet.

Wir brauchen aber von möglichst allen Eltern die Antworten. Sonst ergibt sich ein falsches Bild von der Entwicklung und Gesundheit einjähriger Berliner Kinder.

Deshalb bitten wir Sie, den Fragebogen doch auszufüllen und zurückzuschicken, auch wenn es Mühe macht und Sie nicht viel Zeit haben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Mühe

Mit freundlichen Grüßen
Die Universitätskinderklinik

Prof. R. Stück

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN
Kinderklinik und Poliklinik
Kaiserin Auguste Victoria Haus

Arbeitsgruppe Entwicklung
einjähriger Berliner Kinder

1 Berlin 19, den
Heubnerweg 6
Tel.: (0 30) 306 10 71

Gesch.-Z.: .....

Kaiserin Auguste Victoria Haus, 1 Berlin 19, Heubnerweg 6

4.2. Kurzfragebogen, mit Brief

Liebe Mutter!

Vor einiger Zeit haben wir Ihnen und ungefähr 860 Berliner Müttern einen Fragebogen zugeschickt. Das waren alles Mütter, die in der Zeit vom 25.4. bis 24.7.1972 einen Jungen als erstes Kind geboren haben. Zurückerhalten haben wir 500 Fragebögen (60 %) mit einer Reihe von wichtigen Ergebnissen.

Es wäre wichtig zu wissen, ob diese Ergebnisse für alle Kinder gelten. Deshalb benötigen wir auch ein paar Angaben von den restlichen 360 Familien. Dann können wir feststellen, ob sie sich wesentlich von den 500 Familien unserer Stichprobe unterscheiden (zum Beispiel unterschiedliche Berufe oder unterschiedliches Alter). Außerdem möchten wir Sie fragen, was Ihnen an Fragebogen und Untersuchung nicht gefallen hat.

Wir bitten Sie deshalb, den folgenden Kurz - Fragebogen (5 Minuten) auszufüllen. Ihre Angaben sind völlig anonym, ohne Namen oder Kennzahl. Wenn der Fragebogen zurückkommt, wissen wir nicht, von wem er ist.

Ein freigemachter Rückumschlag liegt bei. Wenn Sie auf keinen Fall antworten wollen, schreiben Sie uns bitte Ihre Kritik auf und schicken Sie bitte den Fragebogen leer zurück.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

Die Universitätskinderklinik

Stück

(Professor Dr. B. Stück)

K U R Z - F R A G E B O G E N

1. Ist die Mutter des Kindes
   ( ) ledig
   ( ) verheiratet
   ( ) geschieden / getrennt lebend
   ( ) verwitwet

   Bitte ankreuzen!

2. Ist die Mutter des Kindes berufstätig?

   ( ) nein
   ( ) ja, Berufsbezeichnung: _____

   Bitte ankreuzen!

3. Bitte tragen Sie Ihr Alter ein:

   Vater: _____ Jahre
   Mutter: _____ Jahre

4. Welchen Schulabschluß haben Sie?

   (Zum Beispiel: Volksschule/Hauptschule, Mittelschule/Realschule, Mittlere Reife, Abitur oder andere Hochschulreife)

   Vater: _____
   Mutter: _____

5. Was für eine Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

   (Zum Beispiel: Anlernausbildung, Handelsschule, Lehre, Inspektorenlaufbahn, Fachschulausbildung, Höhere Fachschule / Hochschule)

   Vater: _____
   Dauer der Ausbildung _____ Jahre

   Mutter: _____
   Dauer der Ausbildung _____ Jahre

6. Wer ist der Hauptverdiener in der Familie? Wer sorgt in der Hauptsache für den Unterhalt von Mutter und Kind?

   ( ) die Mutter des Kindes
   ( ) der Vater des Kindes
   ( ) andere Personen, z. B. der Großvater des Kindes
   ( ) das Sozialamt oder die Fürsorge

Fragen über den Hauptverdiener:

7. Welchen Beruf üben Sie jetzt aus oder haben Sie zuletzt ausgeübt? Wie heißt die genaue Berufsbezeichnung oder Tätigkeitsbezeichnung (bei Beamten Dienstrang) _____

8. Wenn Sie zur Zeit nicht berufstätig sind, sind Sie

( ) arbeitslos
( ) noch in Ausbildung
( ) andere Gründe Welche? _____

9. Kreuzen Sie bitte an, was auf Sie zutrifft oder zutraf:

( ) Arbeiter
( ) Angestellter
( ) Angestellter im öffentlichen Dienst
( ) Beamter
( ) selbständig oder mithelfender Familienangehöriger

10. Ist Ihre Berufsausbildung Voraussetzung für die Arbeit, die Sie machen bzw. gemacht haben?

( ) ist Voraussetzung
( ) ist teilweise Voraussetzung
( ) ist nicht Voraussetzung

11. In was für einem Betrieb arbeiten Sie oder haben Sie zuletzt gearbeitet? (Zum Beispiel: Maschinenfabrik, BVG, Finanzamt, großes Kaufhaus, Tabakgeschäft, Gaststätte)

_____

12. Wieviele Personen beschäftigt dieser Betrieb ungefähr?

( ) unter 10 Personen
( ) unter 100 Personen
( ) ungefähr hundert oder mehr Personen

13. Leiten oder beaufsichtigen Sie in der Regel Mitarbeiter oder taten Sie das als Sie noch berufstätig waren?

( ) nein
( ) ja Wieviele ungefähr _____

Welche Stellung (bei Beamten Dienstrang) haben Sie an Ihrer Arbeitsstelle?

_____

Hat Ihnen an unserem ersten Fragebogen oder an der ganzen Untersuchung etwas nicht gefallen?

Bitte kreuzen Sie an (es sind mehrere Kreuze möglich) oder schreiben Sie weiter unten Ihre Kritik auf:

( ) der Fragebogen kam zu spät, die Rücksendefrist war zu kurz

( ) ich hatte keine Zeit zum Ausfüllen

( ) der Fragebogen war zu lang

( ) die Fragen waren zu schwierig

( ) der Fragebogen war zu persönlich (zu intim)

( ) ich hätte nur einen vollkommen anonymen Fragebogen, ohne Namen oder Kennzahl, ausgefüllt

( ) ich bin prinzipiell gegen Fragebögen

( ) ich möchte nicht, daß mein Kind von der Universitäts-kinderklinik untersucht wird

( ) ich bin gegen einen Hausbesuch

( ) ich glaube, bei einer solchen Untersuchung kommt nichts heraus

4.3. Interviewbogen

Name des Kindes:

1. Früher lag Ihr Kind hauptsächlich in seinem Bettchen. Inzwischen krabbelt es (ggf. und kann schon laufen). Das bringt viele Probleme mit sich, weil man mehr aufpassen muß.
Wo ist Ihr Kind z.B., wenn Sie Hausarbeiten machen?

Nachfrage: Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind jetzt allein, so daß Sie zwar mal nach ihm schauen, aber sich nicht besonders um es kümmern müssen?

2. Wo ist Ihr Kind den größten Teil des Tages? (Bett, Laufställchen, Kinderzimmer o.ä. frei in der ganzen Wohnung)

3. Mit welchen Sachen spielt Ihr Kind?

Nachfrage: Spielt Ihr Kind auch mit anderen Sachen als mit ausgesprochenem Spielzeug, z.B. mit Kochlöffeln, oder mit einer Tasse?

4. Wie lange haben Sie täglich Zeit, mit Ihrem Kind zu spielen, z.B. mit Bauklötzen oder mit einem Ball oder Verstecken spielen?

5. Ab welchem Alter haben Sie mit ihm gespielt? Gemeint ist jede Beschäftigung außer der Pflege oder dem Spazierenfahren.

Nachfrage: Was war das für ein Spiel?

6. Wie viele Erwachsene außer Ihnen und Ihrem Mann sieht Ihr Kind regelmäßig?

7. Bekommen Sie oft Besuch oder besuchen Sie oft andere Leute? Wie oft pro Woche?

Sind das Bekannte oder Verwandte?

8. Wie viele Erwachsene kennt Ihr Kind, so daß es sie wiedererkennt?

9. Hat Ihr Kind schon etwas gemacht, das es nicht soll? Was war das?

Was haben Sie da gemacht?

Nachfrage: Hat es z.B. etwas kaputtgemacht?

Was haben Sie da gemacht?

10. Was machen Sie, wenn Ihr Kind an den heißen Ofen fassen will? (wenn kein Ofen: Kochplatte, heißer Kochtopf, heißes Geschirr)

11. Wie ist es, wenn es an die Steckdose will?

12. Unternehmen Sie etwas, um Ihr Kind sauberzubekommen?

Nachfrage bei Antwort Ja: Was machen Sie?

Nachfrage bei Antwort Nein: Werden Sie noch etwas machen?

13. Haben Sie Ihr Kind in den ersten Lebensmonaten mit 5 oder 6 Mahlzeiten in ziemlich regelmäßigen Abständen gefüttert?

Nachfrage: Haben Sie [illegible] geweckt, wenn es dran war mit Füttern?

14. Gab es mit Ihrem Kind kleinere oder größere Probleme mit dem Essen oder gibt es jetzt welche? Gemeint ist das ganze erste Lebensjahr: Stillen, Flasche, Umstellung auf Brei, Umstellung auf Vollkost.

15. Was machen Sie, wenn Ihr Kind zu einer Mahlzeit nichts essen will?

16. Wie ernähren Sie jetzt Ihr Kind? Was ißt es jetzt gewöhnlich? (Erwachsenennahrung, spez. Kindernahrung, Milchbrei)

Nachfrage: Bekommt es die Flasche? Wie oft?

Nachfrage, wenn es eine spez. Kindernahrung bekommt: Nahmen Sie Fertignahrung für Einjährige?

17. Hat auch Ihr Mann regelmäßig Zeit, sich um den Jungen zu kümmern?

Nachfrage: Was macht er denn alles mit dem Kind?

18. Worauf achten Sie, damit Ihr Kind gesund bleibt?

Nachfrage: Was tun Sie für die Gesundheit Ihres Kindes?

19. Wohin gehen Sie in der Hauptsache, um Ihr Kind vorsorglich untersuchen zu lassen? Arzt/Säuglingsfürs.

Nachfrage: Halten Sie es für wichtig, zu vorsorglichen Untersuchungen zu gehen?

20. Lassen Sie gehen Sie zu ...?
Warum gehen Sie zu dieser Stelle?

21. Ist die Betreuung dort gut?

Nachfrage: Was könnte besser sein?

2. Nachfrage: Haben Sie irgendwelche Vorschläge, was man bei (Ihrem Arzt/Ihrer Säuglingsfürsorge) verbessern könnte?

22. Woran merken Sie, daß Ihr Kind eine Krankheit bekommt?

Nachfrage: Ist etwas anders an Ihrem Kind?

23. Welche Krankheiten behandeln Sie selbst?
Was machen Sie? (Mittel)

Nachfrage: Wann gehen Sie zum Arzt?

24. Wie stellen Sie fest, ob Ihr Kind Fieber hat?
Messen/Handauflegen

25. Was sind die größten Probleme einer Familie mit Kleinkind?

Nachfrage: Müßte man für kleine Kinder und die Eltern kleiner Kinder mehr tun als bisher?

2. Nachfrage: Was müßte vor allem besser werden?

26. Wie informieren Sie sich über Pflege und Erziehung des Kindes?

Nachfrage: Wie informieren Sie sich über die Ernährung des Kindes?

27. Haben Sie manchmal Angst, daß Sie bei Ihrem Kind im Bereich der Pflege oder der Gesundheit Ihres Kindes Fehler machen?

Bemerkungen:

Stimmung der Mutter:

Wurde während des Interviews das Kind untersucht?
Getestet?
Wurde das Interview unterbrochen?
wie lange? Warum?

Verhalten des Kindes zu Interviewer und Tester:

5. Liste der Tagungen von Kinderärzten

1. Fortbildungstagung der Abteilung Berufsfragen in der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde

   der Jahre 1967 - 1974 (seit 197o: Fortbildungstagung des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands)

2. Internationaler Kongreß für Kinderärzte in Wien 1971

3. Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde

   der Jahre 1964, 1966, 1967, 1969 - 1973

4. Kongreß der Kinderheilkunde, Mexico City, 1968

5. Bericht vom Colloquium über Probleme der Säuglingsaufzucht, 23.5.1964

6. Tagung der nordwestdeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde

   der Jahre 1967 - 197o, 1972 - 1973

7. Tagung der süddeutschen Kinderärzte der

   Jahre 1967 - 1973

8. Tagung der rheinisch-westfälischen Kinderärzte der Jahre 1967 - 1973

Zusammenfassende Berichte der Referate und Diskussionen wurden anhand ihres Abdrucks in ALETE REIHE, Hrsg. Wissenschaftlicher Dienst Alete, München, gedruckt bei R. Eimannsberger München in den entsprechenden Jahren, ausgewertet.

L e b e n s l a u f

Ich wurde am 5. Oktober 1944 in Grünberg/ Schlesien geboren. Im Februar 1964 bestand ich am Humanistischen Gymnasium Steglitz in Berlin das Abitur und studierte zunächst ein Jahr lang Französisch an der Sorbonne in Paris. In den Jahren 1965 - 1967 machte ich eine gelenkte Praktikantenzeit bei der Karstadt AG in Berlin mit anschließender Tätigkeit als Nachwuchskraft in Hamburg mit.
Im Frühjahr 1968 begann ich das Medizinstudium an der Freien Universität Berlin, das ich im März 1975 mit dem Staatsexamen abschloß. Im August 1975 begann ich mit der Medizinalassistentenzeit in Berlin. Die Pflichtfächer Innere Medizin und Chirurgie schloß ich Ende März 1976 ab.
Seit 1971 bin ich mit Werner Görischk verheiratet.

F. Höpfner Dissertationsdruck · Pestalozzistr. 106
1000 Berlin 12 · Tel. 030 / 3 12 88 85 + 3 13 81 98